



**TERESA MARIA
DA SILVA
FIGUEIREDO**

**REGISTO DE SAÚDE ELECTRÓNICO NA
AVALIAÇÃO DA LINGUAGEM EM CRIANÇAS**



Universidade de Aveiro
Ano 2010

Secção Autónoma das Ciências da Saúde
Departamento de Electrónica, Telecomunicações e
Informática e Departamento de Línguas e Culturas

**TERESA MARIA
DA SILVA
FIGUEIREDO**

REGISTO DE SAÚDE ELECTRÓNICO NA AVALIAÇÃO DA LINGUAGEM EM CRIANÇAS

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Fala e da Audição, realizada sob a orientação científica da Prof. Doutora Alexandra Isabel Cardador de Queirós, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Dedico este trabalho à minha família e amigos e a toda a comunidade educativa do Agrupamento de Escolas de Eixo.

o júri

presidente

Prof. Dr. Nelson Pacheco da Rocha

Professor Catedrático da Secção Autónoma das Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro

Prof. Dr. João Agostinho Batista de Lacerda Pavão

Professor Auxiliar da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Prof. Dra. Alexandra Isabel Cardador de Queirós

Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

agradecimentos

À minha orientadora, Prof. Dra. Alexandra Queirós, pela enorme colaboração na execução deste trabalho.

A todas as colegas que participaram na validação do protótipo desenvolvido e partilharam as suas experiências profissionais comigo, um especial agradecimento.

palavras-chave

Linguagem, Avaliação, Criança, Registo de Saúde Electrónico.

resumo

A saúde depara-se, actualmente, com novos desafios que implicam uma alteração no paradigma de prestação de cuidados. Estes desafios estão relacionados com o envelhecimento populacional, o aumento de utentes com doenças crónicas e limitações funcionais, a mobilidade de utentes, entre outros. Tudo isto conduz a que os sistemas de saúde tenham que criar e desenvolver soluções adequadas a estas questões, defendendo-se uma abordagem centrada no utente.

O presente trabalho propõe-se evidenciar o papel e a importância das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) no registo de saúde, mais especificamente nos cuidados de saúde prestados na Terapia da Fala. Pretende-se sistematizar a informação necessária a esta área e conceptualizar um modelo de informação que possibilite o registo de dados da avaliação da linguagem em crianças em idade escolar.

keywords

Language, Assessment, Child, Electronic Health Record.

abstract

At the present, health is faced with new challenges that require a change in the paradigm of care. These challenges are related with the population aging, the increase of clients with chronic diseases and functional limitations, mobility of users, among others. This leads to the health systems have to create and develop appropriate solutions to these issues, advocating an approach focused on the user.

The present work aims to highlight the role and importance of Information and Communication Technology in health records, specifically in health care provided in the Speech Therapy.

It seeks to systematize the information necessary to this area and conceptualize an information model that enables the recording of assessment data of language in school-age children.

Índice

Capítulo 1 – Introdução	1
1. Enquadramento	1
2. Objectivos	2
3. Estrutura da Tese	2
Capítulo 2 – Os Novos Desafios na Saúde	5
1. Introdução.....	5
2. Abordagem Centrada no Utente	8
3. As TIC na Saúde	9
3.1. Registo de Saúde Electrónico	14
3.2. O Registo de Informação na Terapia da Fala.....	16
Capítulo 3 – A Linguagem	19
1. Comunicação, Linguagem e Fala	19
1.1. Conceitos	19
1.2. Desenvolvimento da Linguagem na Criança	21
1.3. Perturbações da Linguagem	25
2. Processo Terapêutico na Área da Linguagem em Crianças.....	26
2.1. Anamnese	27
2.2. Avaliação	27
2.3. Diagnóstico Terapêutico	32
2.4. Prognóstico Terapêutico.....	32
2.5. Intervenção Terapêutica	33
2.6. Reavaliação.....	33
Capítulo 4 – Metodologia	35
1. A Terapia da Fala em Contexto Escolar	35
2. Metodologia Utilizada para a Conceptualização do Modelo de Informação	38
3. Definição dos Actores e Outros Interessados.....	40
3.1. Actores	40
3.2. Outros interessados	41
4. Prática Profissional em Terapia da Fala	41
4.1. Avaliação	42
4.2. Intervenção.....	42
4.3. Recomendações.....	44
4.4. Relatórios	45
5. Especificação do Módulo de Avaliação	46
5.1. Registar Anamnese	46
5.2. Registar Avaliação Formal	48
5.3. Registar Avaliação Informal.....	49

5.4.	Registrar Diagnóstico Terapêutico.....	50
5.5.	Registrar Prognóstico Terapêutico	50
5.6.	Registrar Reavaliação	51
5.7.	Consultar Processo	52
Capítulo 5 – Validação do Modelo de Informação.....		55
1.	Introdução.....	55
2.	Propostas de Interfaces.....	55
2.1.	Lista de Processos	56
2.2.	Anamnese	56
2.3.	Avaliações	60
2.4.	Diagnóstico Terapêutico.....	63
2.5.	Prognóstico	64
2.6.	Consultar Processo Completo.....	64
3.	Discussão de resultados.....	65
Capítulo 6 – Conclusão		69
1.	Resumo do Trabalho	69
2.	Sistematização dos Resultados.....	70
3.	Futuros Trabalhos	71
Referências Bibliográficas		73

1. Índice de Figuras

Figura 1 – Diagrama de Pacotes de Funcionalidade.....	41
Figura 2 – Diagrama do Módulo de Avaliação.....	42
Figura 3 – Diagrama do Módulo de Intervenção	44
Figura 4 – Diagrama do Módulo de Recomendações	45
Figura 5 – Diagrama do Módulo de Relatórios	46
Figura 6 – Registrar Anamnese.....	48
Figura 7 – Registrar Avaliação Formal	49
Figura 8 – Registrar Avaliação Informal	49
Figura 9 – Registrar Diagnóstico Terapêutico	50
Figura 10 – Registrar Prognóstico Terapêutico	51
Figura 11 – Registrar Reavaliação	52
Figura 12 – Consultar Processo	53
Figura 13 – Lista de Processos.....	56
Figura 14 – Identificação Pessoal e do Agregado Familiar	57
Figura 15 – Desenvolvimento Pré, Peri e Pós-Natal	57
Figura 16 – História Clínica	58
Figura 17 – Desenvolvimento Global	58
Figura 18 – Desenvolvimento Linguístico.....	59
Figura 19 – Escolaridade/Socialização	59
Figura 20 – Motivo da Consulta.....	60
Figura 21 – Observações	60
Figura 22 – Avaliações.....	62
Figura 23 – Avaliação Formal.....	62
Figura 24 – Avaliação Informal.....	63
Figura 25 – Diagnóstico Terapêutico.....	63
Figura 26 – Prognóstico	64
Figura 27 – Consultar Processo Completo.....	64

2. Índice de Tabelas

Tabela 1 – Etapas do Desenvolvimento da Linguagem Receptiva	23
Tabela 2 – Etapas do Desenvolvimento da Linguagem Expressiva.....	24

Capítulo 1 – Introdução

1. Enquadramento

A Terapia da Fala é uma área de intervenção emergente em Portugal. A importância desta valência tem vindo a ser cada vez mais valorizada, pois o Terapeuta da Fala (TF) é o responsável pela prevenção, rastreio, avaliação e diagnóstico, intervenção, gestão e aconselhamento de utentes com perturbações de fala, linguagem, comunicação não-verbal, deglutição ou funções relacionadas e aspectos cognitivos da comunicação [1], que têm vindo a aumentar nos últimos anos. Este incremento deve-se, para além do aumento progressivo da esperança média de vida, ao aumento de pessoas vítimas de acidentes e com doenças de evolução prolongada e potencialmente incapacitantes, inerentes ou não ao envelhecimento, ao aumento da taxa de sobrevivência à nascença [2] e à melhoria dos cuidados de saúde.

Este panorama tem desencadeado alterações ao nível da prestação dos cuidados de saúde: melhorar a acessibilidade a estes cuidados e torná-los mais centrados e direccionados ao utente é fundamental. As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) têm um papel preponderante, uma vez que facilitam o acesso aos dados clínicos por parte do profissional de saúde e optimizam o seu tempo de actuação. A criação de um registo electrónico do utente permitiria reunir a informação sobre a sua saúde, tornando-a acessível aos profissionais de saúde no local e no momento exactos e facilitando a comunicação entre eles.

A intervenção do TF com crianças na área da linguagem pode ocorrer em diferentes locais e envolver profissionais que a acompanham em diversas especialidades e contextos, pelo que a sistematização do registo da sua avaliação se reveste de particular interesse e pertinência, no sentido de proporcionar uma eficaz troca de informação entre todos e normalizar as nomenclaturas e terminologias utilizadas.

2. Objectivos

A troca de informações entre profissionais de saúde e de educação, que acompanham uma criança permite a cooperação entre todos eles, o apoio na tomada de decisões e a melhoria na continuidade dos apoios prestados. Para tal, é de extrema relevância que todos os dados sobre a avaliação e evolução da criança fiquem documentados e registados.

O facto de a autora exercer funções no Agrupamento de Escolas de Eixo e de a sua experiência profissional estar mais direccionada para o apoio a crianças, permitiu-lhe constatar a necessidade de otimizar o processo de avaliação, nomeadamente o registo dos dados obtidos, associado ao tempo dispendido.

Esta dissertação tem como principal objectivo demonstrar a importância das TIC no Registo de Saúde na avaliação da linguagem em crianças em idade escolar e em contexto escolar, através da conceptualização de um modelo de informação que permita o registo das informações recolhidas. Pretende ainda, sistematizar os procedimentos de avaliação na área da linguagem em crianças, bem como uniformizar as terminologias e nomenclaturas utilizadas, diminuindo a redundância de informação, melhorando a partilha de dados entre serviços e profissionais e libertando o TF para o exercício das suas funções.

3. Estrutura da Tese

Esta tese apresenta, para além deste capítulo introdutório, outros cinco capítulos:

Capítulo 2 – *Os Novos Desafios na Saúde*, em que é descrita a evolução do paradigma na área da Saúde em Portugal, a importância de uma abordagem centrada no utente e a importância do papel das TIC. Sistematiza-se, também, a pertinência do Registo de Saúde Electrónico, designadamente na valência de Terapia da Fala.

Capítulo 3 – *Linguagem*, em que se expõem os principais conceitos desta área, o desenvolvimento linguístico na criança e as perturbações subjacentes. Descreve-se, para além disto, o processo terapêutico de intervenção na área da linguagem em crianças, focando as várias etapas implícitas.

Capítulo 4 – *Metodologia*, no qual se faz o enquadramento da Terapia da Fala em contexto escolar, particularizando a intervenção na área da linguagem. Apresenta-se ainda a conceptualização do modelo de informação da actuação do TF neste mesmo contexto.

Capítulo 5 – *Validação do Modelo de Informação*, em que se apresenta um protótipo de um sistema de informação para o registo dos dados da avaliação da linguagem em crianças em idade escolar e os resultados obtidos através deste registo.

Capítulo 6 – *Conclusão*, no qual se focam as principais conclusões sobre a realização desta dissertação e perspectivam futuros trabalhos.

Capítulo 2 – Os Novos Desafios na Saúde

1. Introdução

O artigo 64º da Constituição da República, de 1976, refere que todos os cidadãos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover. Este direito efectiva-se através da “criação de um serviço nacional de saúde (SNS) universal, geral e gratuito”. Para garantir este direito, compete prioritariamente ao Estado assegurar o acesso a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação, assim como uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país. A Lei do Serviço Nacional de Saúde de 1979 representou o primeiro modelo político de regulamentação deste artigo [3,4].

Desde a criação do SNS, há 30 anos, os indicadores de saúde melhoraram, nomeadamente o decréscimo das taxas de mortalidade materna e infantil e das doenças transmissíveis. Contudo, os princípios da universalidade e da igualdade do SNS não abrangem todos os cidadãos, para o que contribui a falta de médicos e outros profissionais de saúde, as listas e os tempos de espera. Actualmente, o SNS tem como principais desafios continuar a melhorar os índices de saúde; aperfeiçoar a acessibilidade aos cuidados de saúde e prosseguir com as reformas que pretendem aproximar o utente do sistema de saúde, proporcionando-lhe respostas de acordo com as suas reais necessidades, designadamente, à população idosa em situação de dependência, que tem vindo a aumentar nos últimos anos [5,6].

A nível mundial, e tendo por base os dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) [7], a esperança média de vida à nascença continua a aumentar de forma excepcional, devido à melhoria das condições de vida e de educação, à melhoria no acesso aos cuidados de saúde e ao aumento da sua qualidade. Nos países com economias em desenvolvimento interferem outros agentes como a melhoria das condições de saneamento e de habitação, bem como uma melhor nutrição das populações. Nos

países da OCDE, a esperança média de vida alcançou os 79,1 anos em 2007 e, nesse ano, cerca de metade da população era superior aos 80 anos [7].

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) e a OCDE, a esperança de vida à nascença em Portugal aumentou mais de 4 anos, entre 1991 e 2007, sendo no final deste ano de 79,1 [7,8]. Tendo por base os dados do Censos 2001 do INE, o grupo etário com mais de 65 anos representava 16% da população portuguesa, igualando o peso da população com menos de 14 anos. O aumento da esperança de vida à nascença e o decréscimo no número de nascimentos nos últimos anos, aliado à capacidade de controlo da reprodução [9], fundamenta o envelhecimento demográfico que se verifica em Portugal e no Mundo, ou seja, um aumento da população idosa na população total.

O aumento progressivo da esperança média de vida, reflecte a melhoria ao nível da saúde dos Portugueses, porém cria novas necessidades de cuidados de saúde em situações de dependência. Conjuntamente, o aumento de pessoas vítimas de acidentes e com doenças de evolução prolongada e potencialmente incapacitante, inerentes ou não ao envelhecimento, traduz estas novas necessidades de cuidados de saúde [10]. Isto conduz a que, os sistemas de saúde tenham que desenvolver respostas em termos de saúde e de apoio psico-social adequadas a esta população, ou seja, que se adaptem aos “vários grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais e, simultaneamente, facilitadoras da autonomia e da participação dos destinatários e do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, nomeadamente no que concerne à conciliação das obrigações da vida profissional com o acompanhamento familiar.” [11]. Neste âmbito, em 2006, o governo português definiu como meta a implementação de políticas de saúde, integradas no Plano Nacional de Saúde (PNS), e de políticas de segurança social que possibilitem “desenvolver acções mais próximas das pessoas em situação de dependência; investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial; qualificar e humanizar a prestação de cuidados; potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade, e ajustar ou criar respostas adequadas à

diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade.” [11]. O alcance deste objectivo pressupõe a implementação de um modelo de intervenção integrada e/ou articulado da saúde e da segurança social, de essência preventiva, recuperadora e paliativa. Assim, surgem as Unidades de Cuidados Continuados e Integrados dirigidas a utentes que, independentemente da sua idade, se encontram em situações de dependência e perda de autonomia [11,12]. As instituições públicas e privadas, que prestam os cuidados de saúde e apoio social de forma continuada a esta população, constituem a Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados, um novo modelo organizacional fundado pelos Ministérios da Saúde, da Segurança Social e do Trabalho [12].

O PNS engloba as linhas orientadoras para que as instituições do Ministério da Saúde e outras entidades do sector da Saúde - governamentais, privadas e de solidariedade social - e de outros sectores de actividade, cooperem e colaborem para a obtenção de ganhos em saúde e para a sustentabilidade política, técnica e financeira do SNS [10].

No sentido de alcançar as metas acima mencionadas foram traçadas directrizes pelo Ministério da Saúde, presentes no PNS 2004-2010, presentemente em vigor.

Um dos objectivos do PNS é aumentar o nível de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida e diminuir o peso da doença. Para tal, os cuidados prestados à população devem ser centrados no utente e direccionados para as suas características específicas e únicas, permitindo uma maior eficiência nos cuidados de saúde, assim como ganhos ao nível da prevenção e promoção da saúde, uma vez que os utentes estão cada vez mais e melhor informados. Deste modo, o indivíduo tem um papel activo em todo o seu processo de promoção de saúde e de recuperação, em caso de doença, havendo uma responsabilização do próprio na sua condição.

2. Abordagem Centrada no Utente

O cenário global da saúde tem vindo a sofrer grandes alterações nos últimos anos. A globalização, a urbanização, a inovação tecnológica, as alterações ambientais e as alterações demográficas criam condições que possibilitam a melhoria na prestação dos cuidados de saúde. Mas estes mesmos agentes, também podem ter subjacentes problemas para a saúde, designadamente, o aumento da complexidade dos problemas de saúde e dos processos de investigação e de implementação de tratamentos [13].

Os sistemas de saúde não têm acompanhado o ritmo de desenvolvimento destas mudanças rápidas, quer ao nível dos cuidados de saúde individuais, quer ao nível dos cuidados de saúde da população. Apesar dos avanços biomédicos, científicos e tecnológicos que permitem alcançar grandes avanços na investigação e desenvolvimento de tratamentos para as patologias, as pessoas continuam a sofrer de problemas de saúde, muito devido aos factores de risco presentes nas suas vidas: sedentarismo, *stress*, consumo de álcool, tabaco e outras drogas, maus hábitos alimentares, poluição, entre outros. Os profissionais da saúde têm focado a sua intervenção, principalmente, nos aspectos físicos da doença, o que conduz a um maior conhecimento médico e científico e a um crescimento da especialização. Porém, esta abordagem torna-se mais centrada no estado da doença, condicionando a compreensão da condição do utente numa perspectiva mais ampla e holística. Por outro lado, uma intervenção suportada por um excesso de confiança na ciência e na tecnologia, desprezando os factores humanos, levou a um acréscimo de erros médicos [13].

Numa perspectiva de melhorar a saúde do utente, é imprescindível interligar as intervenções que visam a componente física às que estão ligadas à componente psico-social da pessoa [13], tornando-a parte integrante e activa na promoção e/ou processo de reabilitação. Para tal, e no sentido de otimizar as respostas às necessidades de cada um, é necessário criar um sistema de saúde centrado no utente, encarando-o como sujeito activo e não como objecto de cuidados de saúde [14]. Para efectivar esta transformação no sistema de saúde é fundamental actuar junto de quatro domínios de acção:

- Pessoas, famílias e comunidade – criar pessoas, famílias e comunidades informadas e responsáveis;
- Profissionais de saúde – criar profissionais de saúde competentes e responsáveis;
- Organizações de saúde – criar organizações de saúde eficientes;
- Sistema de saúde – criar um sistema de saúde que preste serviços humanitários e de apoio.

Este novo modelo, centrado no utente, também se direcciona para os profissionais de saúde, pretendendo dar-lhes condições de trabalho e formação, para que estejam habilitados para prestar serviços eficientes, numa dimensão holística. De igual modo, as organizações e os sistemas de saúde devem ser desenhados e geridos de forma a garantir a prestação de cuidados de saúde equitativos, éticos, efectivos, eficientes e empáticos.

As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) são um suporte para os cuidados centrados no utente, já que a sua aplicação na saúde permite melhorar o acesso aos cuidados de saúde e a sua qualidade, contribuindo para sistemas de saúde centrados no utente. Isto é, os profissionais poderão aceder de forma mais eficaz à informação, esta é menos redundante e mais legível, ficando os profissionais mais libertos para o cuidado e mais direccionados ao utente. Assim, as TIC são encaradas como condição fundamental para a promoção da acessibilidade e qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos, ou seja, como uma mais-valia para a alteração do paradigma na saúde, permitindo uma abordagem mais centrada no utente.

3. As TIC na Saúde

Os sistemas de saúde estão sob crescente pressão para responder aos desafios do envelhecimento populacional, às expectativas dos cidadãos, cada vez mais informados e à migração, mobilidade dos utentes e dos profissionais de saúde. As TIC têm o potencial de revolucionar a saúde e os sistemas de saúde [14], trazendo inúmeras vantagens, entre elas a redução do papel, a

automatização de tarefas, o controlo de medicação e o acesso facilitado ao conhecimento no tempo e local em que são necessários.

Já em 1999, a Comissão Interministerial para a Sociedade da Informação afirmava que, a melhoria significativa da qualidade do serviço prestado aos utentes dos serviços de saúde passava “(...) pela redução substancial dos processos burocráticos e pelo rápido acesso à informação (...)” [10]. No seguimento desta evidência, a referida Comissão seguiu a iniciativa política *e-Europe*, um programa destinado a generalizar as tecnologias de informação, não só no domínio da saúde, mas em todos os domínios da sociedade. Este programa apresenta como principais finalidades: colocar todos os cidadãos e famílias, escolas, empresas e órgãos da administração pública na era digital e em linha, transformar a Europa uma sociedade digitalmente instruída, suportada por uma cultura empresarial pronta a financiar e a criar novas ideias e garantir que todo o processo seja socialmente abrangente, conquiste a confiança dos consumidores e fortaleça a coesão social [15].

No âmbito da iniciativa *e-Europe* surgem três Planos de Acção: o *e-Europe* 2002, o *e-Europe* 2005 e o *i-2010*.

Em Junho de 2000 é apresentado o Plano de Acção para a iniciativa *e-Europe* 2002 – Uma Sociedade de Informação para Todos, cuja principal meta era tornar a Europa no espaço económico mais dinâmico e competitivo do mundo baseado no conhecimento, através da massificação do acesso e utilização da internet na União Europeia. Destacavam-se neste plano quatro directrizes para a área da saúde: garantir a existência de infra-estruturas telemáticas, incluindo redes regionais, para os prestadores de cuidados de saúde primários e secundários; identificar e difundir as melhores práticas na saúde em linha na Europa e estabelecer os critérios de avaliação do desempenho; determinar um conjunto de critérios de qualidade para os portais relacionados com a saúde; criar redes de tecnologias e avaliação de dados no domínio [10].

O Plano de Acção *e-Europe* 2005, que surge em Junho de 2002, na sequência do *e-Europe* 2002 apresentava como objectivo geral o incentivo ao desenvolvimento de serviços, aplicações e conteúdos, e, conjuntamente,

intensificar a implementação do acesso em banda larga à Internet [16]. Este quadro estratégico anunciava três linhas de acção para Portugal de modo a contribuir para o desenvolvimento da saúde em linha: os cartões de saúde electrónicos, redes de informação de saúde e serviços de saúde em linha [10].

Em Junho 2005, surge o I2010 – Uma Sociedade de Informação Europeia para o crescimento e emprego. Este Plano visava incentivar o conhecimento e a inovação, como forma e apoio ao crescimento e à criação de empregos mais numerosos e de melhor qualidade. Os objectivos prioritários traçados foram: a criação de um espaço único europeu de informação, o reforço da inovação e do investimento em investigação nas área das TIC e a construção de uma sociedade de informação e dos *media* inclusiva [17].

Tendo por base os pressupostos do *e-Europe* e o I2010, a União Europeia está a encaminhar-se para criação de um “espaço europeu da saúde em linha”, sendo os seus objectivos centrais, desenvolver uma estrutura de registo electrónico de saúde através de apoio à troca e normalização da informação; criar redes de informação sobre saúde entre diferentes locais da Europa por forma a coordenar operações em situação de perigo para a saúde pública; assegurar serviços de saúde em linha e desenvolver serviços de teleconsulta, receita de medicamentos, de encaminhamento e reembolso em linha [18]. Para tal é imprescindível a cooperação e coordenação dos utentes e dos profissionais de saúde.

O “espaço europeu da saúde em linha” será uma ferramenta elementar no domínio da prestação de cuidados numa perspectiva internacional, pois facilitará a circulação de utentes e profissionais, simplificará procedimentos, permitirá o acesso aos dados do utentes quando e onde necessários, eliminando a necessidade de repetir exames e recolher informações já existentes, melhorando a qualidade e eficiência dos serviços prestados e permitindo o acompanhamento do processo do utente além fronteiras. Este facto é defendido pela Directiva da Reabilitação, aprovada em Junho de 2010.

Como é evidente, a concretização da saúde em linha passaria pela aplicação das TIC, já que a sua utilização generalizada na área da saúde

potenciaria a implementação de novas práticas, métodos e procedimentos na prestação de cuidados de saúde, de modo a atingir níveis cada vez mais elevados de eficiência e de eficácia, traduzidas numa racionalização de custos e numa melhoria dos cuidados de saúde prestados [19].

Contudo, actualmente em Portugal, os Sistemas de Informação da Saúde (SIS) ostentam um panorama desagregado e descentralizado, heterogéneo nas plataformas aplicacionais empregadas, não se visionando a existência de um modelo de dados global e congruente, nem de políticas tendentes à normalização dos processos de TIC. Por outro lado, a legislação que regulamenta algumas das actividades relacionadas com os sistemas de saúde está desactualizada [10]. Ainda no âmbito dos SIS em Portugal, é clara a existência de outras fragilidades, designadamente, qualidade indefinida da informação, falta de normalização de conceitos, coordenação deficiente da recolha e análise de dados, divulgação da informação e apoio à decisão e incipiente e inadequada recolha de informação sobre a prestação de cuidados de saúde [10]. Por tudo isto, o actual cenário é de uma conceptualização inadequada dos SIS, que as instituições do Ministério da Saúde e outras organizações do sector procuram combater através das linhas de orientação traçadas no PNS 2004-2010.

Apesar do cenário apresentado, já existem em Portugal alguns SIS na área da saúde, sendo um deles a Rede de Informação em Saúde (RIS), que surgiu devido à crescente necessidade de troca de informações entre as várias instituições do sector. O seu primordial objectivo era assegurar a interligação destas instituições com fiabilidade, qualidade, eficiência e segurança e sua aplicação permitiria a troca directa de informação clínica e administrativa entre instituições, consulta a bases de dados centrais por parte das instituições e do cidadão e dar suporte e manutenção remota às aplicações e redes informáticas das instituições pelas equipas de técnicos do extinto Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde [19]. Segundo o PNS, a base estrutural do SIS é constituída pelas aplicações Sinus, Sonho e Cartão de Utente [10]:

- Sistema de Informação para as Unidades de Saúde (SINUS), presente em quase todas as extensões e centros de saúde do País, abarca o controlo administrativo nas áreas da consulta, urgência,

vacinação, gestão da requisição e emissão do Cartão de Utente e registo administrativo de contactos. Porém, a sua implementação tem sido limitada, já que o seu alargamento aos módulos clínicos e de enfermagem é condicionado pela implementação incompleta de infra-estruturas locais de redes informáticas englobando os gabinetes dos profissionais de saúde das extensões e dos centros de saúde.

- Sistema para a Gestão dos Sistemas Hospitalares (SONHO): é um sistema de gestão de dados administrativos dos utentes, dominante nos hospitais públicos portugueses. Quando se pretende a ligação dos dados dos hospitais ao Sistema de Informação Administração Regional de Saúde, o processo não facilita a passagem automática e a transferência e carregamento automático da informação, uma vez que não há uma política de normalização e estruturação de determinados conteúdos quer a nível regional quer nacional.
- Cartão de Utente: sistema de identificação dos utentes do SNS que assegura a definição exacta da situação de cada um, garantindo o acesso a actividades de protecção da saúde, à prestação de cuidados e ao fornecimento de medicamentos, quer pelos serviços do SNS, quer pelas entidades privadas com ele convencionadas.

Para além destas, existem outras aplicações desenvolvidas:

- Sistema de Apoio ao Médico (SAM): sistema de apoio ao médico que contém informação clínica para os cuidados primários e funcionalidades como agendamento, registo da consulta e de tratamentos, dados laboratoriais e de imagem e prescrição médica.
- Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE): sistema que permite registar/consultar o plano de intervenção, registar/consultar sintomas do utente, registar/consultar intervenções de enfermagem e consultar tabelas de parametrização e codificação da enfermagem.

Nos hospitais o SAPE está interligado ao SONHO e nos centros e extensões de saúde ao SINUS. Este sistema tem uma cobertura de 100% no País, uma vez que é responsável pela emissão do Cartão de Utente.

Existem já implementados outros Sistemas de Informação em hospitais, para a gestão dos utentes, custos e processos: o Medtrix no Hospital de São Sebastião; o sistema de Informação Clínica do Utente (ICU) no Hospital de São João do Porto; o Glinnt no Centro Hospitalar Lisboa Norte, nos Hospitais da Universidade de Coimbra e no Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto; o Sisbit no Hospital de Leiria; o Hosix no Hospital Fernando Pessoa e no IPO de Lisboa o Alert Papper Free, no Hospital de Chaves, no Hospital do Espírito Santo, no Centro de Medicina e de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais e em implementação no Centro Hospitalar Médio-Ave, na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano e na Unidade Local de Saúde da Guarda e o HCIS no em implementação na Unidade Local de Saúde de Matosinhos e nos Centros Hospitalares Lisboa Centro e Ocidental [20].

3.1. Registo de Saúde Electrónico

A qualidade e celeridade da prestação dos cuidados de saúde ao utente são, claramente, promovidas pelo acesso dos profissionais de saúde à informação clínica relevante, no momento e local em que são necessárias. Esta evidência conduz à necessidade de criação de um Registo de Saúde Electrónico (RSE), que possibilite: partilha de informação de saúde, centrada no utente, orientada para o apoio ao cumprimento da missão dos profissionais de saúde e acompanhamento virtual do cidadão, na sua mobilidade espaço-temporal, materializando-se sempre que o seu acesso é requerido num dado ponto, mesmo noutro país [21]. Entende-se por RSE o registo em formato electrónico que contém informações clínicas da saúde e da doença do utente ao longo do seu ciclo vital, que podem ser armazenadas, utilizadas e consultadas de forma segura pelos diferentes profissionais de saúde envolvidos nos cuidados deste, no sentido de apoiar a continuidade dos cuidados, a formação e a investigação [20]. Este registo é efectuado por médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde e pode conter informação sobre os dados relativos à história clínica do utente, resultados de exames complementares de diagnóstico, evolução no internamento, diagnósticos e intervenções cirúrgicas realizadas [21].

A implementação desta aplicação traria vários benefícios [20,21]:

- Melhoria no acesso por parte dos utentes aos serviços de saúde;
- Serviços prestados de forma mais rápida e com mais qualidade e segurança;
- Diminuição da redundância da informação existente;
- Promoção da normalização de nomenclaturas;
- Maior disponibilidade (numa dimensão espaço-temporal) e legibilidade da informação, suportando a mobilidade de utentes;
- Diminuição dos erros que advinham da não disponibilidade dos dados no momento e no local da decisão clínica;
- Disponibilidade de informação para apoio à decisão;
- Redução do tempo necessário à disponibilização de relatórios clínicos e laboratoriais;
- Libertação do profissional de saúde para o cuidado;
- Melhoria da partilha de informação entre serviços e profissionais e da disseminação de resultados da prática clínica;
- Melhoria da continuidade dos cuidados;
- Registo de todas as informações sobre qualquer acção, levando a uma maior responsabilização dos profissionais de saúde;
- Possibilidade de visualizar a informação em diferentes formatos;
- Diminuição de custos, evitando a replicação de esforços e recursos, e melhoria de forma significativa os indicadores de gestão;
- Promoção da investigação clínica e da produção de estatísticas e indicadores de saúde;
- Apoio à formação e à saúde pública;
- Informação mais protegida e segura do que nos registos em papel.

Por outro lado, também apresenta algumas desvantagens:

- Introdução mais lenta dos dados, numa fase inicial;
- Necessidade de formação específica dos profissionais de saúde;
- Recursos humanos e financeiros, numa fase inicial, na formação dos profissionais e implementação do sistema;
- Necessidade de actualização constante de conhecimentos;

- Pouca flexibilidade nas restrições impostas ao acesso da informação (se o profissional que tem acesso não está presente ou disponível o acesso não se realiza);
- Inoperacionalidade do sistema, quando ocorrem problemas;
- Problemas de segurança dos dados.

A implementação do RSE permitirá dar suporte a uma prestação de cuidados de saúde com qualidade, contribuindo para a certificação de procedimentos, dos serviços e das instituições de saúde. Por tudo isto, torna-se evidente a mais-valia da introdução do RSE em todas as áreas da saúde.

3.2. O Registo de Informação na Terapia da Fala

Presentemente, existem no nosso país alguns protocolos de avaliação em Terapia da Fala, nas áreas da comunicação, linguagem, fala e voz, no entanto não estão incorporados no processo clínico do utente. O registo dos dados da avaliação é feito, na maioria das vezes, em suporte de papel.

Devido à crescente importância da intervenção em equipa multidisciplinar é de todo o interesse e pertinência o desenvolvimento de métodos objectivos de registo de avaliação, intervenção e evolução, de modo a que estes possam ser consultados e debatidos por todos os técnicos envolvidos. Esta necessidade é evidente quer na área da Terapia da Fala quer em outras áreas de intervenção, no sentido de que os protocolos destas áreas possam ser incorporados no RSE.

Para que os cuidados em Terapia da Fala sejam mais centrados no utente e prestados com mais qualidade é de todo o interesse a implementação de sistemas que permitam o registo dos dados, de uma forma mais clara, organizada e estruturada, como referido anteriormente. Estes sistemas deverão ser aplicados nos diferentes contextos de intervenção do Terapeuta da Fala para que, as informações essenciais aos profissionais que trabalham com o utente estejam disponíveis dentro da mesma instituição ou entre as várias instituições, quando necessárias.

Capítulo 3 – A Linguagem

1. Comunicação, Linguagem e Fala

1.1. Conceitos

O ser humano, enquanto ser social, sente necessidade de comunicar e de estabelecer relações com o mundo em que vive [22,23]. Por mais que tente não pode deixar de comunicar, seja em situações planeadas ou espontaneamente, recorrendo desde formas de comunicação quase imperceptíveis até às mais explícitas [24]. Mesmo através do silêncio, gestos, expressões faciais ou em contextos de distância ou proximidade o ser humano comunica.

A comunicação é o processo activo de troca de informação que envolve a codificação, a transmissão e a decodificação de mensagem entre duas ou mais pessoas. É o acto de transmitir e receber mensagens através da utilização de sinais ou símbolos [23]. Para que a comunicação ocorra de modo eficaz é imprescindível que os intervenientes dominem um código comum e utilizem o canal de comunicação apropriado à situação. O código é um conjunto de signos e um sistema de regras combinatórias que possibilitam construir unidades comunicativas e transmitir uma mensagem. O canal de comunicação refere-se ao meio através do qual a mensagem é transmitida, ou seja, o meio de circulação da mensagem [22].

No sentido de clarificar, reforçar ou distorcer a mensagem, o sistema linguístico ou linguagem, socorre-se de mecanismos extralinguísticos (gestos, postura corporal e expressões faciais) e paralinguísticos (entoação, pausas e hesitações, velocidade e ritmo das produções) [22].

Entende-se por linguagem qualquer sistema de sinais organizado tendo em vista a comunicação [23], isto é, um complexo e dinâmico conjunto de sinais convencionados utilizado como meio de comunicação de ideias e sentimentos e para o ser humano pensar [25]. Deste modo, existem vários sistemas criados pelos homens para comunicarem entre si [23], que são recebidos pelos diversos órgãos dos sentidos [25].

A linguagem verbal (oral ou escrita) é um meio privilegiado de comunicação, pois permite transmitir, através de palavras, uma quantidade infinita de mensagens.

A linguagem não verbal engloba códigos visuais, auditivos e gestuais e a linguagem mista abrange a comunicação verbal e não verbal. Para além destas, existem outras linguagens que permitem o intercâmbio de informações, como é o caso das linguagens simbólicas e digitais [23].

Todos estes tipos de linguagem se complementam, no sentido de uma eficaz troca de mensagens, contudo, a linguagem verbal é considerada a mais rica e variada, pois é a faculdade humana de comunicar pensamentos, sentimentos e desejos.

Enquanto a linguagem está relacionada com a capacidade de exercitar a comunicação, a língua refere-se a um grupo de elementos convencionados que permite o exercício da faculdade da linguagem. É uma entidade social que pertence a uma comunidade e baseia-se num sistema de signos com normas e convenções próprias e específicas usadas por um povo ou uma nação [23,24].

A fala é um dos modos usados na comunicação e refere-se ao modo verbal-oral de transmitir mensagens [25]. É a capacidade de produzir sons através de um processo de coordenação oral neuromuscular [26], que envolve o aparelho fonador, a fim de produzir sons e unidades linguísticas [25].

1.1.1. Áreas da Linguagem

A linguagem oral é a combinação de várias componentes, organizadas em três níveis: forma, conteúdo e uso. Estas componentes não são entidades isoladas e distintas, mas sim complementares.

A forma é constituída pelas seguintes áreas [25,26]:

- Fonologia: regras de organização dos sons e as suas combinações.
- Morfologia: regras que determinam a organização interna das palavras.

- **Sintaxe:** regras que especificam a organização e combinação das palavras para formarem os diversos tipos de frases.

O conteúdo está relacionado com a Semântica, isto é, com o significado. Esta componente envolve as regras semânticas de organização que se estabelecem entre as palavras, os significados e suas ligações, bem como os mapas conceptuais individuais que se vão desenvolvendo [25].

O uso diz respeito à Pragmática, que abrange as regras reguladoras do uso da linguagem em contextos sociais. Fazem parte destas regras as funções/intenções comunicativas e a escolha dos códigos a utilizar.

A Metalinguagem remete para a capacidade de reflexão sobre a língua, através de um processo cognitivo de nível superior, que resulta num conhecimento ponderado, reflectido, explícito e sistematizado das operações e propriedades da língua [25]. A criança adquire aptidões metalinguísticas quando é capaz de distinguir ambiguidades, diferenciar frases agramaticais de não-agramaticais, controlar e brincar com a sua língua, podendo fazer rimas, poesia e jogos de palavras [27,28].

1.2. Desenvolvimento da Linguagem na Criança

A criança, desde o seu nascimento, desenvolve-se no seu todo e em diferentes áreas, designadamente, física, sensorial, perceptiva, cognitiva, inteligência, memória, linguagem, que se entrecruzam. Este é um processo global e interactivo em que todas as dimensões se tocam. Contudo, numa tentativa de descrever o desenvolvimento com mais clareza estes domínios são, muitas vezes, apresentados isoladamente.

O ser humano inicia o seu processo de comunicação muito cedo, antes mesmo de nascer, quando ainda está no ventre materno. Os movimentos que faz durante o período de gestação são respostas aos estímulos externos e são muito importantes para que a comunicação entre mãe e bebé se faça de forma adequada. Já no ventre da mãe os bebés estão em contacto com os sons da língua, o que os prepara para o desenvolvimento da linguagem e da fala. Por tudo isto, o início do desenvolvimento da linguagem inicia-se em ambiente intra-

uterino, e não apenas depois do nascimento. Contudo, as principais etapas do desenvolvimento da linguagem são apresentadas pela maioria dos investigadores e autores da área a partir do nascimento [26].

Na seguinte tabela descrevem-se, de forma sucinta, as principais etapas do desenvolvimento da linguagem desde o nascimento e respectivas características [26,29,30].

Linguagem Receptiva	
0-3 meses	Reage aos sons. Localiza a fonte sonora. Acalma-se ou sorri quando ouve uma voz familiar. Reconhece a voz dos pais. Intensifica ou diminui a sucção em resposta ao som.
4-6 meses	Reage ao seu nome. Reconhece os familiares. Identifica brinquedos e reage aos seus sons. Identifica a expressão “não”. Reage a diferentes entoações. Discrimina entre vozes que expressam ternura e raiva. Volta a cabeça em direcção a uma pessoa que lhe fale, estabelecendo contacto visual. Move o olhar na direcção do som. Dá atenção à música. Gosta de ouvir diferentes sons. Identifica padrões de ritmo.
7-12 meses	Recorre a pistas de entoação para compreensão do discurso. Identifica familiares, comidas e animais. Compreender ordens simples. Compreende verbos de acção. Identifica imagens. Vira-se e olha na direcção do som. Gosta de jogos como o “esconde-esconde”.
1-2 anos	Identifica a função dos objectos mais comuns. Identifica algumas partes do corpo. Compreende perguntas simples. Compreende ordens mais complexas (ex: chama o mano para brincar). Gosta de ouvir histórias simples, canções e rimas. Aponta imagens quando nomeadas. Vivencia a fase da função simbólica através do jogo simbólico.
2-3 anos	Compreende ordens mais complexas (ex: pega na bola e põe na caixa). Identifica conceitos opostos. Identifica imagens de acções. Gosta de ouvir histórias por períodos maiores de tempo.
3-4 anos	Compreende perguntas envolvendo os pronomes interrogativos

Linguagem Receptiva	
	<p>“onde?”, “quem?”, “o quê?”.</p> <p>Responde a perguntas sobre histórias simples.</p> <p>Ouve quando alguém o chama de outro compartimento.</p> <p>Ouve televisão e rádio no nível de intensidade igual ao dos outros familiares.</p>
4-5 anos	<p>Compreende ordens mais complexas (ex: pega na bola azul e põe na caixa).</p> <p>Gosta de ouvir histórias e responde a perguntas simples sobre as mesmas.</p> <p>Compreende o discurso coloquial e da família e do meio que a rodeia.</p> <p>Adquiriu a noção de antónimo.</p>

Tabela 1 – Etapas do Desenvolvimento da Linguagem Receptiva

Linguagem Expressiva	
0-3 meses	<p>Produz sons fisiológicos (soluços, tosse, suspiros, ruídos de sucção...).</p> <p>Produz sons guturais e vocálicos (palreio).</p> <p>Sorri ao ver o adulto.</p> <p>O choro adquire uma função reguladora, sendo diferenciado para expressar necessidades.</p> <p>Faz a tomada de turno (<i>turn-taking</i>).</p>
4-6 meses	<p>Emite segmentos vocálicos (consoante e vogal), em que um dos sons é exageradamente prolongado.</p> <p>Produção da estrutura consoante/vogal de forma repetida e em cadeia (lalação).</p> <p>Expressa alegria, tristeza ou impaciência nas suas produções.</p>
7-12 meses	<p>As produções sonoras tornam-se numa actividade mais coordenada e intencional.</p> <p>Imita os sons que ouve.</p> <p>Os sons produzidos começam a restringem-se aos sons da língua materna.</p> <p>Responde à fala do adulto numa espécie de imitação global (ecolália).</p> <p>Produção de protopalavras (ex: mamã, popó), podendo alguns sons não ser claros.</p> <p>Padrões de entoação diversificados (gíria entoacional).</p> <p>Usa gestos para a comunicação (ex: acenar, segurar os braços para lhe pegarem).</p> <p>Começa por realizar o jogo simbólico com o próprio corpo e depois com os objectos que a rodeiam.</p>
1-2 anos	<p>Aumenta o seu vocabulário activo, aumentando o número de palavras todos os meses.</p> <p>Utiliza a holofrase (palavra + gíria entoacional engloba o sentido de uma só expressão). O significado desta produção depende do contexto em que é produzida.</p> <p>Produz pequenos enunciados, ou seja, combinações de duas palavras.</p>

Linguagem Expressiva	
	<p>Utiliza diversos sons consonânticos no início das palavras.</p> <p>Produce onomatopeias.</p> <p>Acentua-se a ecolália.</p>
2-3 anos	<p>“Explosão do vocabulário activo”: aumento do vocabulário.</p> <p>Emprega principalmente substantivos e os verbos são utilizados em menos de metade dos casos. Usa ainda poucos advérbios e ainda menos adjectivos.</p> <p>Utiliza frases com duas ou três palavras (discurso telegráfico).</p> <p>Podem surgir hesitações nas palavras ou repetições de sílabas.</p> <p>Podem verificar-se erros de “generalização abusiva”.</p> <p>É capaz de dizer o seu nome e idade.</p> <p>Faz perguntas simples.</p> <p>Expressa palavras de duas ou mais sílabas.</p> <p>Produce uma expressão verbal oral compreensível para os familiares.</p> <p>Pede ou dirige a atenção para objectos, nomeando-os.</p>
3-4 anos	<p>Produce uma expressão verbal oral compreensível fora do contexto familiar.</p> <p>Fala sobre as actividades da escola.</p> <p>Utiliza frases mais complexas e correctas.</p> <p>Utiliza plurais, pronomes (eu, tu, ele) e verbos no passado.</p> <p>Pode apresentar dificuldades na produção de alguns fonemas.</p>
4-5 anos	<p>Utiliza frases com 6 a 8 palavras, com pormenores e gramaticalmente correctas.</p> <p>Comunica facilmente com outras crianças e adultos.</p> <p>Conta histórias e acontecimentos.</p> <p>Mantém o tópico da conversa.</p> <p>Pergunta o significado de palavras desconhecidas.</p> <p>Define palavras.</p> <p>Produce palavras que rimam.</p> <p>Nomeia algumas letras e números.</p> <p>Conhece alguns antónimos.</p> <p>Articula correctamente os fonemas em geral, podendo surgir dificuldades na produção [z], [v], [j] e [r] em grupo consonântico.</p>

Tabela 2 – Etapas do Desenvolvimento da Linguagem Expressiva

As etapas apresentadas anteriormente são fundamentais para uma avaliação realizada numa perspectiva desenvolvimental, em que é seguida a ordem de desenvolvimento nos diferentes estádios e é tido em conta o desenvolvimento típico da linguagem na criança. É necessário perceber os processos esperados para cada etapa, para que sejam identificados os desempenhos que se encontram aquém do que seria normalmente esperado.

1.3. Perturbações da Linguagem

1.3.1. Diagnósticos Terapêuticos

Na avaliação da linguagem e no estabelecimento de um diagnóstico é necessário ter em atenção que cada criança tem o seu ritmo de desenvolvimento linguístico e que é preciso respeitar esse ritmo.

Os problemas linguísticos na criança apresentam uma grande diversidade, com características e etiologias diferentes [31]. Realizar uma classificação destas patologias, para esclarecer os profissionais e orientá-los na sua intervenção, não é uma tarefa simples. Conciliar numa mesma classificação os aspectos linguísticos, o carácter congénito ou adquirido da patologia e a sua etiologia é complexo [28], pelo que existe uma panóplia de diagnósticos terapêuticos ao nível da linguagem. Alguns autores apresentam classificações com base em critérios neurolinguísticos ou etiológicos [28,31], no entanto, consideram que uma classificação satisfatória deveria permitir conjugar num mesmo diagnóstico os factores linguísticos e etiológicos [28].

Em termos de diagnóstico terapêuticos na área da linguagem, e de acordo com a experiência profissional da autora, as terminologias por si utilizadas e apresentadas por alguns autores [31], distinguem-se dois grupos de classificações, os Problemas de Desenvolvimento da Linguagem (PDL) e os Problemas de Linguagem Adquiridos (PLA).

Os PDL são dificuldades em adquirir capacidades linguísticas desde o início do desenvolvimento da linguagem - Atraso de Desenvolvimento da Linguagem (ADL) e Perturbação Específica do Desenvolvimento da Linguagem (PEDL).

O ADL refere-se a um desenvolvimento linguístico que se processa de forma mais lenta e em que todos os componentes da linguagem estão afectados, podendo comparar-se a linguagem da criança com atraso à de uma criança mais nova.

Os factores que estão na base de um ADL podem dividir-se em [26]:

- Factores sócio-económicos: situações de abandono, abuso ou maus tratos, gemelaridade, pais ausentes ou pais super protectores e pais surdos.
- Factores orgânicos: cegueira, surdez, atraso global do desenvolvimento, deficiência mental, autismo e outras patologias ou síndromes com dificuldades linguísticas inerentes.

A PEDL é um desvio e não um atraso do desenvolvimento da linguagem, que se caracteriza por desenvolvimento atípico, que não segue as etapas normais. O diagnóstico deste problema faz-se com base em critérios de exclusão (alterações da estrutura oral, perda auditiva, alterações cognitivas, problemas emocionais, factores ambientais prejudiciais e lesão neurológica major) e de inclusão (discrepância entre o nível de linguagem e o Quociente de Inteligência não verbal, história familiar de dificuldades de desenvolvimento da linguagem e existência de sinais ligeiros de disfunção cerebral). As disfunções cerebrais ligeiras e os factores genéticos são apontados como causas deste desvio.

Os PLA traduzem-se em perdas de capacidades previamente adquiridas (afasia).

A afasia é uma alteração da linguagem com origem numa lesão cerebral, podendo ocorrer alterações na compreensão e/ou expressão (escrita ou falada) da linguagem. No caso específico das crianças, estas tiveram um desenvolvimento linguístico e psicomotor normal, que foi perturbado por uma lesão no Sistema Nervoso Central.

As causas mais comuns da afasia na criança são traumatismo crânio-encefálico, Acidente Vascular Cerebral, doenças infecciosas, tumores cerebrais e Síndrome de Landau e Kleffner.

2. Processo Terapêutico na Área da Linguagem em Crianças

O processo terapêutico em Terapia da Fala engloba várias etapas, sendo elas a avaliação, o diagnóstico terapêutico, o prognóstico terapêutico, a intervenção directa e indirecta, com base num plano terapêutico e a reavaliação.

O primeiro momento de avaliação acontece com a anamnese, em que são recolhidas as primeiras informações sobre o caso. A avaliação da linguagem na criança tem como objectivo primordial verificar que componentes linguísticos estão alterados e em que grau, podendo considerar-se a avaliação como o acto de recolher e analisar informação no sentido de evidenciar problemas específicos e planear as necessidades educativas para o caso.

2.1. Anamnese

A anamnese é um instrumento essencial de diagnóstico, que abarca um conjunto de informações sobre a criança e a sua problemática. Estas informações podem ser recolhidas através de uma entrevista realizada pelo Terapeuta da Fala (TF) à criança e aos pais/encarregados de educação e complementada com dados do processo da criança e fornecidos por outros interlocutores da criança [32].

A anamnese permite a recolha e registo de dados, que são agrupados nas seguintes categorias [32]:

- Identificação pessoal e do agregado familiar;
- Desenvolvimento pré, peri e pós-natal;
- História clínica;
- Motivo da consulta;
- Desenvolvimento global;
- Desenvolvimento linguístico;
- Escolaridade/Socialização;
- Motivo da consulta;
- Outras observações.

É com base na anamnese que se dá seguimento ao processo da avaliação.

2.2. Avaliação

Após o preenchimento da anamnese procede-se à avaliação das competências linguísticas da criança. Este é um processo de recolha de dados que possibilita compreender as competências e as necessidades da criança e

perceber o modo como ela funciona nos diversos contextos. Depois de concluída a avaliação é possível estabelecer um diagnóstico terapêutico e identificar as necessidades da criança. Se o diagnóstico for efectuado atempadamente, poderão estabelecer-se estratégias de prevenção de potenciais problemas [26]. Caso isto não se verifique, procura-se determinar os objectivos da intervenção, a frequência e duração da mesma e tomar decisões sobre o modo de intervenção.

A(s) primeira(s) sessão(ões) de Terapia da Fala de uma criança com dificuldades linguísticas devem ser orientadas, principalmente, no sentido de estabelecer um relação empática entre ela e o TF, permitindo a adaptação à nova situação e criando um ambiente favorável à avaliação e intervenção. Um clima de confiança estabelecido com a criança, a linguagem adequada à sua faixa etária, o espaço atractivo e a existência de objectos e brinquedos que possam facilitar a comunicação, deverão propiciar um ambiente afectivo indispensável para a relação criança-TF. Este ambiente empático e de entendimento mútuo deve ser alargado aos familiares e restantes interlocutores da criança [26,32].

Tradicionalmente, a avaliação segue uma abordagem desenvolvimental, isto é, baseia-se no desenvolvimento típico da criança e procura avaliá-la seguindo a ordem de desenvolvimento nos diferentes estádios, incluindo todas as áreas do desenvolvimento [25]. Contudo, para além desta perspectiva desenvolvimental é essencial avaliar as capacidades da criança nos seus contextos naturais, possibilitando assim analisar o seu funcionamento nas rotinas e nas actividades quotidianas, ou seja, numa perspectiva ecológica. As actividades do quotidiano englobam uma diversidade de contextos como por exemplo o contexto escolar, o contexto doméstico e o contexto sócio-cultural. Deste modo, as famílias, interlocutores activos da criança, são parceiros essenciais no processo de avaliação, bem como outros interlocutores privilegiados no contacto com a criança. Os pais/encarregados de educação podem participar na avaliação da criança em conjunto com o TF, acrescentar informações sobre o funcionamento do aluno em casa e validar a representatividades dos resultados da avaliação. Nalguns países, como nos Estados Unidos da América, sugere-se também a aplicação de questionários aos

pais ou cuidadores das crianças, sendo eles próprios a registarem dados sobre a linguagem dos seus educandos [32].

Antes de iniciar a avaliação numa perspectiva desenvolvimental é necessário ter em conta alguns aspectos, nomeadamente, explicar à criança o que vai acontecer; seleccionar a(s) provas(s) de avaliação mais adequadas à criança, tendo em conta a sua idade; ter presente as etapas do desenvolvimento normal e adoptar uma postura e uma linguagem adequadas à situação.

Uma boa avaliação recorre a diferentes modalidades de avaliação, devendo incluir uma combinação da entrevista e informações da história do caso, referentes à anamnese, testes formais e informais e observações do utente [32].

A avaliação formal é estruturada e suporta-se de material específico e com normas de utilização. Esta modalidade baseia-se na aplicação de testes objectivos; as capacidades do indivíduo são comparadas com as de um grande grupo de indivíduos semelhantes; a sua aplicação é geralmente eficiente; são testes amplamente reconhecidos, permitindo uma base comum de discussão quando há vários profissionais envolvidos e não é exigido um elevado nível de experiência aos técnicos para aplicarem e cotarem as tarefas, já que os protocolos são acompanhados de guias de aplicação e interpretação [32]. Porém, este método pode não ser o mais adequado às necessidades específicas da criança e ela pode não responder em situações e contextos formais. Estes testes são, geralmente, estatísticos, apresentando resultados sobre o que a criança sabe e não como aprende; devem ser aplicados tal qual as instruções para os resultados sejam considerados válidos; avaliam capacidades específicas podendo não considerar outros factores importantes e os materiais utilizados podem não ser os mais adequados para algumas populações [32].

A avaliação informal refere-se a provas não validadas e aferidas para uma determinada população, e que poderão ser criadas pelo próprio TF, tendo em conta a sua experiência profissional e os seus conhecimentos [26]. Esta modalidade não segue uma sequência na aplicação das tarefas, sendo possível escolher o material a utilizar e proporcionar um ambiente mais natural para a criança. Tal como a avaliação formal também apresenta desvantagens, já que a

falta de estrutura pode conduzir à desorganização, condicionando a elaboração de relatórios e os resultados não são passíveis de serem comparados com valores padrão para a faixa etária em questão, sendo interpretados pelo TF.

Tendo em conta os factores apresentados anteriormente considera-se que, na avaliação da linguagem em crianças, o ideal é conjugar os dois tipos de avaliação, pois a formal permite obter resultados precisos e compará-los com o desenvolvimento normal, o que facilita a interpretação dos dados recolhidos e a elaboração dos relatórios e a informal cria um ambiente mais natural para a criança e possibilita a avaliação de outras competências ausentes nas provas formais.

2.2.1. Testes de Avaliação

O panorama actual em Portugal, quanto à existência de instrumentos para a avaliação da linguagem em crianças em idade escolar é limitado e insuficiente [26]. Presentemente apenas estão aferidos para a avaliação da linguagem em crianças em idade escolar os seguintes testes:

- Teste Fonético-Fonológico ALPE, de Ana Mendes, Elisabete Afonso, Marisa Lousada e Fátima Andrade (2009). População: 3 Anos e 0 Meses – 6 Anos e 12 Meses.
- Teste de Identificação de Competências Linguísticas, de Fernanda Leopoldina Parente Viana (2004). População: 4 Anos – 6 Anos.
- Grelha de Avaliação da Linguagem – Nível Escolar (GOL-E), de E. Sua Kay e M.E. Santos (2003). População: Grupo dos 4 Anos: 3 Anos e 10 Meses – 4 Anos e 11 Meses; grupo dos 6 Anos: 5 Anos e 11 Meses – 6 Anos e 11 Meses e grupo dos 9 Anos: 8 Anos e 10 Meses – 9 Anos e 11 Meses.
- Teste de Avaliação da Linguagem Oral (TALO), de Inês Sim-Sim (1997). População: 5 Anos e 7 Meses – 10 Anos.

Para além destas provas, os TF recorrem a outros instrumentos, especificamente, testes não aferidos para o Português ou testes estrangeiros que foram traduzidos e adaptados para o Português e/ou a avaliações informais [26],

no sentido de obter dados sobre a expressão e compreensão da linguagem e sobre as várias áreas da mesma.

Fazem parte deste grupo de testes, os seguintes:

- Bateria de Provas Fonológicas, de Ana Cristina Silva, 2002. População: 5 Anos – 6 Anos.
- Prova de Avaliação Fonológica em Formatos Silábicos, de Rosa Lima, 2008. População: 3 Anos – 7 Anos e 6 Meses.
- Provas de Avaliação da Linguagem e da Afasia em Português, de Kay, Lesser e Coltheart (versão original) e adaptação portuguesa de Castro, Caló e Gomes, 2006. População: > 5 Anos.
- Bankson Language Test-2, de Nicholas W. Bankson, 1990. População: 3 Anos – 6 Anos e 11 Meses.
- Token Test 2, de Ronnie L McGhee, David J. Ehrler e Frank DiSimoni, 2007. População: 3 Anos – 12 Anos e 11 Meses.
- Test for the Reception of Grammar – 2, de Dorothy Bishop, 2003. População: > 4 Anos.
- Peabody III – teste de vocabulário por imagens, de Lloyd M. Dunn & Leota M. Dunn, 1997. População: > 2 Anos.
- The Pragmatics Profile of Everyday Communication Skills in Childrens, de Hazel Dewart and Susie Summers, 1995. População: 5 Anos – 10 Anos.
- Test of Pragmatic Language – 2, de Diana Phelps-Terasaki and Trisha Phelps-Gunn, 2007. População: 6 Anos – 18 Anos e 11 Meses.
- TOPA 2 – Test of the Phonological Awareness, de Torgesen e Bryant, 2004. População: 5 Anos – 8 Anos.

Este panorama justifica a necessidade do desenvolvimento e implementação de testes de avaliação da linguagem com dados normativos para o Português Europeu, apoiando o técnico na avaliação, no estabelecimento de um diagnóstico diferencial e de um plano de intervenção. Para além disto, a normalização de dados acarreta vantagens, pois facilita na comparação de dados.

2.3. Diagnóstico Terapêutico

Concluída a avaliação e após análise dos resultados obtidos e das observações e dados recolhidos, o TF determina o diagnóstico terapêutico. Em termos linguísticos o diagnóstico pode dividir-se em dois grupos: Problemas de Desenvolvimento da Linguagem, que engloba o Atraso de Desenvolvimento da Linguagem e a Perturbação Específica do Desenvolvimento da Linguagem e Problemas de Linguagem Adquiridos.

2.4. Prognóstico Terapêutico

É possível estabelecer um prognóstico depois de realizada a avaliação da linguagem. Contudo, é essencial ser assertivo no modo como se explica esta situação à criança, aos pais e/ou outros familiares e aos profissionais que intervêm com ela, já que o prognóstico é dinâmico e nunca se podem apresentar certezas sobre a evolução da criança.

Existem alguns factores que influenciam o prognóstico:

- Idade da criança;
- Tempo de evolução;
- Etiologia da perturbação;
- Gravidade do problema;
- Existência de outros problemas associados;
- Apoios (pais e outros familiares, educadores, entre outros);
- Motivação da criança.

Com base nos resultados da avaliação e, tendo em conta o diagnóstico e o prognóstico traçados, é possível elaborar um plano de intervenção.

2.5. Intervenção Terapêutica

Após a avaliação, o TF traça ainda o perfil linguístico da criança, com base na dicotomia entre áreas fortes e áreas fracas ou emergentes, possuindo dados para a elaboração do relatório de avaliação e do plano de intervenção. O plano de intervenção em Terapia da Fala poderá ser elaborado seguindo os tópicos: objectivos gerais, objectivos específicos, frequência e duração, procedimentos, local das sessões, materiais a utilizar e reforço. Em cada sessão o TF deverá fazer o registo da sessão, no sentido de indicar se os objectivos delineados foram alcançados total ou parcialmente ou não alcançados e em que condições.

Os objectivos do plano de intervenção e as condições traçadas para o seu alcance poderão ser reajustados, se tal se justificar, podendo ser alargado o prazo previsto para serem cumpridos, as estratégias a utilizar, os materiais a aplicar, entre outros. Estas alterações são discutidas em equipa, uma vez que os objectivos apontados nas várias áreas de intervenção circundantes à criança são trabalhados directa ou indirectamente pelos diferentes interlocutores da criança.

2.6. Reavaliação

A reavaliação em Terapia da Fala com crianças pode ocorrer no final do ano lectivo ou, se necessário, periodicamente, no sentido de avaliar a eficácia do plano terapêutico, isto é, verificar se os objectivos foram alcançados, quais não foram ou quais não foram trabalhos e por que motivo. A reavaliação de final de ano lectivo permite elaborar um respectivo relatório, no qual se indica ou não a necessidade de continuar a usufruir de acompanhamento na valência de Terapia da Fala. Os relatórios de final de período indicam quais os progressos alcançados e quais os objectivos ainda a serem trabalhados.

Estas informações são debatidas com a equipa que acompanha a criança e transmitidas ao encarregado de educação da mesma.

Caso a intervenção se efectue em gabinetes particulares ou ao domicílio, os relatórios poderão ser realizados noutros momentos, quando considerado pertinente e necessário.

Capítulo 4 – Metodologia

1. A Terapia da Fala em Contexto Escolar

Os alunos com perturbações da linguagem constituem um grande desafio aos profissionais de educação. Em muitos casos, estas perturbações acarretam dificuldades de aprendizagem, que podem contribuir para o insucesso escolar do aluno [25].

A rede escolar pública dispõe, segundo a Direcção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC), de meios humanos e materiais no sentido de promover a inclusão de alunos com Necessidades Educativas Especiais [34]. Na rede pública funcionam:

- Unidades de Apoio Especializado para a Educação a Alunos com Multideficiência e Surdocegueira Congénita (UAEEAMSC);
- Unidades de Ensino Estruturado para Alunos com Perturbações do Espectro do Autismo (UEEAPEA)
- Escolas de Referência para a Educação de Alunos Cegos e de Baixa Visão;
- Escolas de Referência para a Educação Bilingue de Alunos Surdos (UREBAS);
- Escolas de Referência para a Intervenção Precoce na Infância;
- Centros de Recursos TIC para a Educação Especial.

A par da rede pública existe ainda uma rede de instituições privadas de educação especial, que tenderá a ser reorientada para Centros de Recursos de apoio à inclusão: Centros de Recursos para a Inclusão.

Num contexto escolar, o Terapeuta da Fala (TF) poderá exercer funções em UAEEAMSC, UEEAPEA e UREBAS, intervindo com crianças desde o pré-escolar até ao 3º ciclo, com variadas perturbações e dificuldades.

A autora exerce funções na Unidade de Apoio à Multideficiência do Agrupamento de Escolas de Eixo. Segundo a DGIDC, a rede de UAEEAMSC visa concentrar meios humanos e materiais que possam oferecer uma resposta

educativa de qualidade aos seus alunos. Os seus principais objectivos são: fomentar a participação dos alunos com multideficiência e surdocegueira nas actividades curriculares, integrando-os com os seus pares de turma; empregar metodologias e estratégias de intervenção interdisciplinares visando o desenvolvimento e a integração social e escolar dos alunos; proceder às adequações curriculares necessárias; garantir a participação dos pais/encarregados de educação no processo de ensino e aprendizagem, asseverar os apoios específicos ao nível das terapias, da psicologia, da orientação e mobilidade e preparar o processo de transição para a vida pós-escolar [34].

As crianças e jovens com necessidades educativas de carácter permanente usufruem de um conjunto de apoios especializados, definidos no Decreto-Lei Nº3/2008, que se aplica aos ensinos público, particular, cooperativo e solidário. De acordo com este Decreto-Lei os objectivos da educação especial baseiam-se na “inclusão educativa e social, no acesso e no sucesso educativos, na autonomia, na estabilidade emocional bem como na promoção de igualdade de oportunidades, na preparação para o prosseguimento de estudos ou para uma adequada preparação para a vida profissional.” [35].

Estas crianças e jovens beneficiam de prioridade na matrícula, podendo frequentar o jardim-de-infância ou a escola independentemente da sua área de residência. A referenciação efectua-se por acção dos pais ou encarregados de educação, dos serviços de intervenção precoce, dos docentes ou de outros técnicos ou serviços que intervêm com a criança ou que tenham conhecimento da eventual existência de necessidades educativas especiais [35]. A criança, depois de passar por um processo de avaliação realizado por uma equipa pluridisciplinar com base no modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, e caso se verifique a sua elegibilidade para a educação especial, será alvo de um Plano Educativo Individual (PEI). Neste plano são traçados e fundamentados os apoios especializados e os métodos de avaliação, e introduz-se o Plano Individual de Transição no caso dos jovens cujas necessidades educativas os impeçam de adquirir as aprendizagens e competências definidas no currículo comum [35].

As crianças e jovens que frequentam a Unidade do Agrupamento de Escola de Eixo beneficiam de vários apoios especializados, designadamente, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, Hidroterapia e Equitação Terapêutica. Para além destes apoios são acompanhados por um Docente do Ensino Especial e frequentam disciplinas definidas no seu PEI.

Estes alunos, ao ingressarem na Unidade poderão já vir referenciados para a valência de Terapia da Fala, ou serem avaliados uma primeira vez pelo TF, no sentido de verificar a necessidade de apoio terapêutico. A referenciação para a Terapia da Fala poderá ser feita pelo médico que acompanha a criança ou pela equipa que a apoiava anteriormente, caso a criança frequentasse o ensino particular, cooperativo ou solidário.

A actuação do TF, em contexto escolar, subdivide-se na recolha de dados da anamnese, avaliação, estabelecimento do diagnóstico terapêutico, prognóstico terapêutico, elaboração e implementação do plano de intervenção, elaboração de relatórios e passagem de recomendações aos profissionais que trabalham com a criança, com o claro objectivo de uma intervenção realizada em equipa multidisciplinar.

Numa fase inicial procede-se à recolha de dados da anamnese junto da criança (se a sua condição o permitir) e dos seus principais interlocutores, através da realização de uma entrevista. Para tal deverá ser agendada uma reunião com os mesmos, permitindo também iniciar uma cooperação estreita entre a Escola e a família da criança. Os dados da anamnese poderão ser complementados com registos presentes no processo da criança.

Depois de finalizada a obtenção dos dados da anamnese procede-se à restante avaliação, que pode decorrer numa ou mais sessões. Nesta etapa o TF recorre à aplicação de testes formais ou informais e à recolha de dados por observação da criança. Os dados da avaliação são compilados numa grelha de avaliação, que é inserida no processo individual da criança, que está guardado numa capa. Contudo, o registo da avaliação, que é efectuado em suporte de papel, não consta no processo da criança, servindo apenas para uso do TF.

Após a avaliação, o TF traça o diagnóstico terapêutico e o plano de intervenção. Este é elaborado em conjunto com os restantes profissionais e inserido no Currículo Específico Individual, resultando num documento único com os objectivos de todas as áreas e valências em que a criança participa. Quanto à Terapia da Fala, o TF ainda passa estratégias de intervenção aos profissionais que trabalham com a criança, fomentando a intervenção indirecta.

As sessões de Terapia da Fala têm a duração de quarenta e cinco minutos e realizam-se individualmente. Ao longo das sessões o TF vai observando a evolução da criança podendo fazer ajustes no plano de intervenção, nomeadamente, nos objectivos a atingir e nas metodologias e utilizar. Estas alterações são apresentadas à equipa e discutidas em conjunto.

No desfecho de cada sessão ou no final do dia, o TF faz o registo da sessão descrevendo as actividades realizadas e os objectivos alcançados, bem como eventuais observações.

No término de cada período o TF faz um resumo da evolução da criança, com base na reavaliação efectuada, que é introduzido na ficha de avaliação do aluno, que consiste numa grelha conjunta com todas as áreas que a criança frequenta, sendo que esta também fica armazenada no processo da criança. No fim do ano lectivo, para além da ficha de avaliação é elaborado, por todos os profissionais, um relatório circunstanciado referente a cada criança. Estes documentos são dados a conhecer aos encarregados de educação.

2. Metodologia Utilizada para a Conceptualização do Modelo de Informação

O modelo de informação para o registo da avaliação da linguagem em crianças em idade escolar foi desenvolvido com base na *Unified Modelling Language* (UML). A UML refere-se a uma linguagem que emprega uma notação padrão permitindo a especificação, construção, visualização e documentação de sistemas de informação orientados por objectivos. A UML facilita o desenvolvimento de um sistema de informação devido à simplicidade e abrangência dos conceitos usados, funcionando como um meio de comunicação

entre os diferentes intervenientes no sistema. A UML disponibiliza um conjunto de diagramas que possibilitam a representação de processos e fluxos de informação [36].

O sistema é organizado por diagramas de pacotes, que permitem dividir a sua complexidade em partes mais pequenas, apresentado as suas principais áreas de funcionalidade. Estes pacotes abrangem diversos diagramas de casos de utilização que apresentam as acções que os actores podem ter sobre o sistema e descrevem a relação actor-sistema.

A linguagem UML subentende a existência de diversos actores. Um actor representa uma entidade externa que interage com o sistema. O sistema é o que se vai construir ou projectar. Para além dos actores existem outros interessados, que são indivíduos ou entidades que têm interesse no desenvolvimento do sistema de informação.

A conceptualização do modelo partiu de um conjunto de informações recolhidas através de um questionário, apresentado no Anexo I, aplicados a seis TF, que exercem funções em contexto escolar, complementadas com a experiência profissional da autora. Para além destes dados obtidos foi efectuada uma ampla revisão bibliográfica na área da linguagem e da sua avaliação, que incluiu pesquisa em artigos, livros de referência, publicações e apresentações.

A organização do modelo ocorreu por etapas. Inicialmente, identificaram-se os actores intervenientes e interessados no processo de Terapia da Fala com crianças em idade escolar. Após está definição, desenhou-se um diagrama de pacotes, apontando as quatro principais áreas de funcionalidades: Avaliação, Intervenção, Recomendações e Relatórios. Cada um dos pacotes foi apresentado de forma mais pormenorizada, referindo os actores intervenientes e os casos de utilização. Por fim, detalhou-se o módulo da Avaliação, especificando os casos de utilização para a avaliação da linguagem em crianças em idade escolar.

3. Definição dos Actores e Outros Interessados

3.1. Actores

Os actores identificados e que podem interagir com o sistema seriam todos aqueles que trabalham com a criança, e o Sistema de Informação do Aluno, que armazena todas as informações do seu processo.

- Terapeuta da Fala – responsável pela implementação e execução da terapia em termos linguísticos, entre outras.
- Pais/Encarregados de Educação – consulta o processo da criança e introduz dados da anamnese, avaliação e intervenção.
- Docente – responsável pelo apoio ao aluno na aquisição básicas, entre elas, autonomia/independência pessoal e relações interpessoais e em áreas académicas funcionais.
- Coordenador do Ensino Especial – responsável por coordenar a equipa de Ensino Especial.
- Terapeuta Ocupacional – responsável por executar o plano de intervenção da sua área.
- Técnico de Psicomotricidade – responsável por executar o plano de intervenção da sua área.
- Técnico de Serviço Social – responsável por executar o plano de intervenção da sua área.
- Assistente Operacional – responsável pela colaboração com os restantes profissionais, no sentido de alcançar os objectivos traçados nas diferentes áreas de intervenção.
- Médico – responsável pela avaliação e acompanhamento médico, mediante a especialidade.
- Outros Profissionais que trabalhem com a criança – responsáveis por executar o plano de intervenção das respectivas áreas.

- Sistema de Informação do Aluno – responsável por automatizar as tarefas de registo.

3.2. Outros interessados

- Criança – interessada num correcto registo de informações das várias valências e consulta das mesmas por parte dos profissionais, promovendo a eficácia do plano de intervenção delineado.

4. Prática Profissional em Terapia da Fala

A prática profissional na área da Terapia da Fala, em contexto escolar, encontra-se representada de uma forma global no diagrama de pacotes (Figura 1), disposto por quatro áreas de funcionalidade:

- Avaliação – área funcional responsável pelos registos e consulta de dados relativos à componente Avaliação.
- Intervenção - área funcional responsável pela definição do plano de intervenções e registo e consulta das sessões de intervenção.
- Recomendações - área funcional responsável pelo registo de recomendações do TF aos outros profissionais envolvidos na intervenção com a criança.
- Relatórios - área funcional responsável pela definição dos relatórios resultantes da prática profissional do TF.

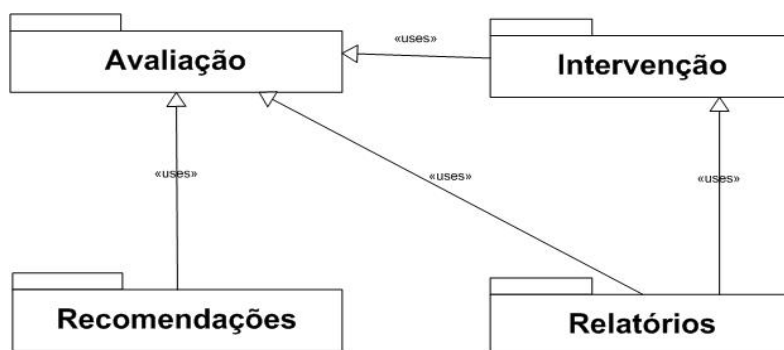


Figura 1 – Diagrama de Pacotes de Funcionalidade

4.1. Avaliação

Faz parte do módulo da Avaliação (Figura 2) o processo de recolha de dados da anamnese e a avaliação das competências linguísticas da criança. Na etapa da anamnese intervêm para além do TF, os Pais/Encarregados de Educação, o Docente e o Médico. O TF é o único actor que participa no processo de avaliação da linguagem.

Os Pais/Encarregados de Educação, o Docente e o Médico podem:

- Iniciar sessão – permite o acesso ao sistema.
- Registar dados da anamnese – permite registar os dados da anamnese, seguindo um protocolo específico.
- Registar observações – permite registar informações extra.
- Terminar sessão – permite terminar a sessão.

Nota: Os use cases “Registar” permitem consultar e alterar.

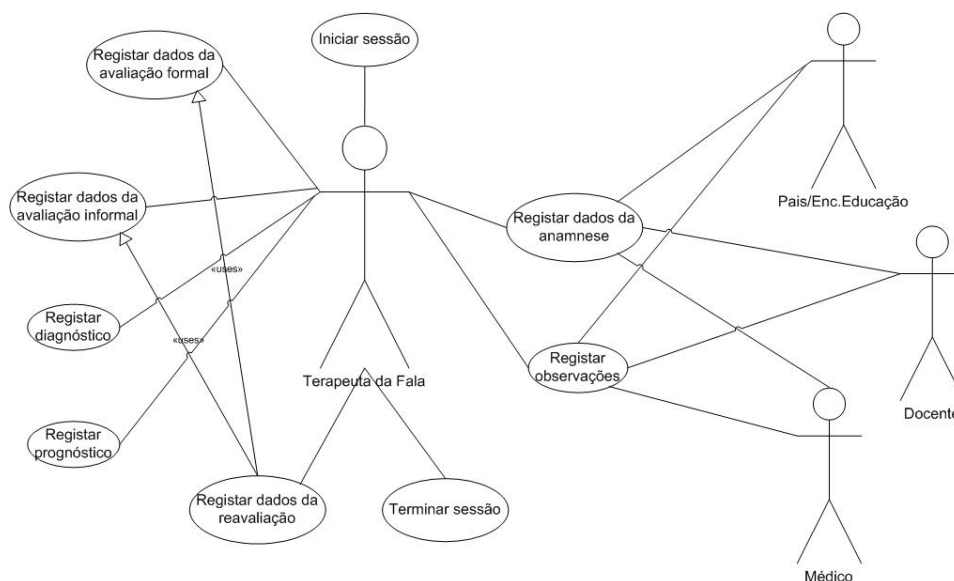


Figura 2 – Diagrama do Módulo de Avaliação

4.2. Intervenção

A avaliação serve de base à elaboração do plano de intervenção e à implementação do mesmo, que fazem parte do módulo de intervenção (Figura 3).

Participam neste módulo o TF e os actores que cooperam na intervenção indirecta, nomeadamente os Pais/Encarregados de Educação, o(s) Docente(s), o Coordenador do Ensino Especial, o Terapeuta Ocupacional, o Técnico de Psicomotricidade, o Técnico de Serviço Social, o Assistente Operacional e o Médico.

O TF tem como funções:

- Iniciar sessão – permite o acesso ao sistema.
- Consultar relatório da avaliação – permite consultar o relatório da avaliação linguística, como apoio à elaboração do plano de intervenção.
- Registar plano de intervenção – permite definir os objectivos gerais e específicos a serem alcançados e as condições de implementação dos mesmos.
- Registar dados das sessões – permite efectuar o registo das sessões.
- Registar ocorrências – permite inserir dados sobre factos/acidentes ocorridos.
- Terminar sessão – permite terminar a sessão

Nota: Os use cases “Registar” permitem consultar e alterar.

Os restantes actores que participam na intervenção indirecta podem:

- Iniciar sessão – permite o acesso ao sistema.
- Registar intervenção indirecta – permite registar dados sobre a intervenção indirecta que realizaram com a criança.
- Registar ocorrências – permite inserir dados sobre factos/acidentes ocorridos.
- Terminar sessão – permite terminar a sessão.

Nota: Os use cases “Registar” permite consultar e alterar.

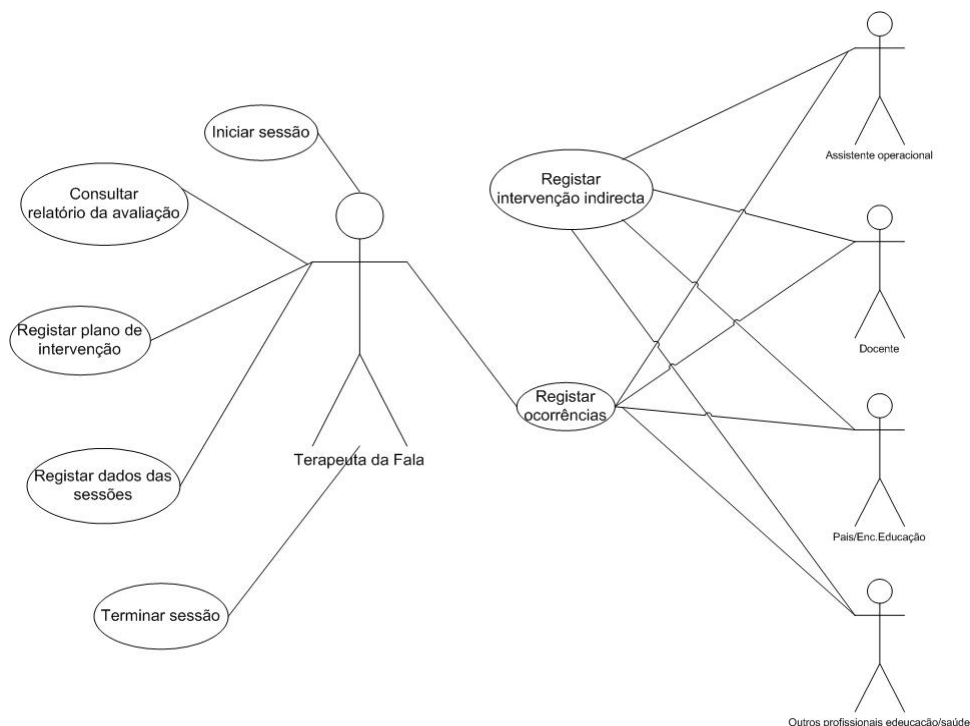


Figura 3 – Diagrama do Módulo de Intervenção

4.3. Recomendações

O módulo das recomendações (Figura 4) diz respeito às indicações que o TF passa aos restantes interlocutores da criança.

As funções do TF são:

- Iniciar sessão – permite o acesso ao sistema.
- Registrar recomendações – permite registar recomendações que o TF aconselha, a serem adoptadas pelos outros profissionais que trabalham com a criança.
- Terminar sessão – permite terminar a sessão.

Nota: O use case “Registrar” permite consultar e alterar.

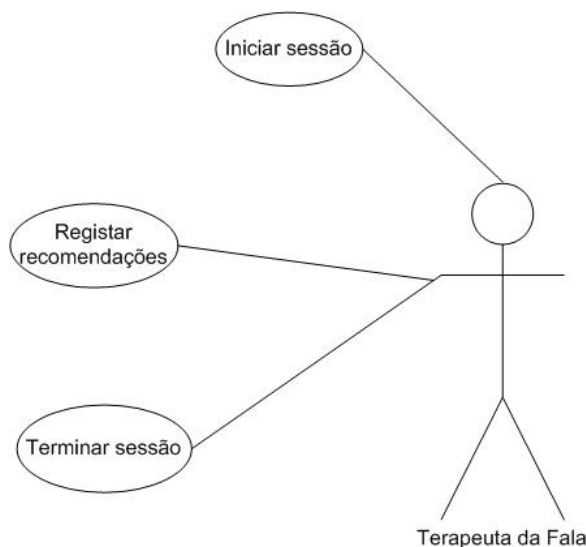


Figura 4 – Diagrama do Módulo de Recomendações

4.4. Relatórios

O módulo referente aos relatórios (Figura 5) incorpora as funcionalidades de elaborar e registar relatórios de Terapia da Fala, sendo o TF o único actor envolvido.

Ele pode:

- Iniciar sessão – permite o acesso ao sistema.
- Registar relatório de avaliação – permite executar o relatório de avaliação da linguagem.
- Registar relatório de final de período – permite executar o relatório de final de cada período lectivo.
- Registar relatório de final de ano lectivo – permite executar o relatório de final de ano lectivo.
- Registar relatório de reavaliação – permite executar o relatório de reavaliação, efectuada nalgum momento do ano lectivo.
- Terminar sessão – permite terminar a sessão.

Nota: Os use cases “Registar” permitem consultar, alterar e imprimir.

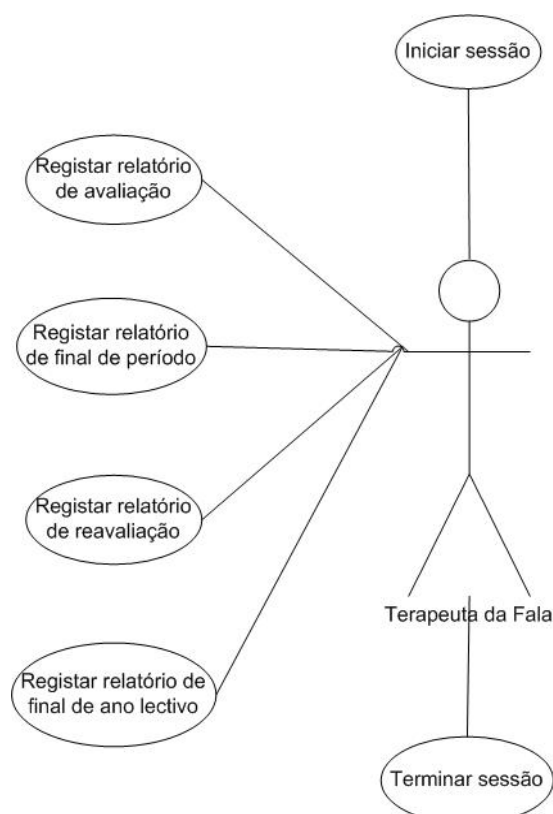


Figura 5 – Diagrama do Módulo de Relatórios

5. Especificação do Módulo de Avaliação

Das várias etapas que fazem parte do processo de acompanhamento de uma criança com dificuldades linguísticas em contexto escolar, será especificado o módulo da Avaliação. Considera-se que esta etapa é fundamental para o decorrer do restante processo, pois é a partir dela que decorrem todas as restantes fases. Portanto, deve ser realizada de forma clara, organizada e objectiva.

5.1. Registrar Anamnese

O registo dos dados da Anamnese (Figura 6) deve possibilitar a introdução de dados sobre o motivo da consulta. Relativamente aos dados sobre desenvolvimento global, desenvolvimento linguístico, escolaridade/socialização e observações, o TF deve consultar os já registados por outros profissionais que acompanham a criança e complementar as informações em falta.

O TF é responsável por:

- Iniciar sessão – permite o acesso ao sistema.
- Consultar dados da anamnese – permite consultar os dados da anamnese já registados.
- Registar dados sobre o desenvolvimento global – permite registar dados sobre o desenvolvimento da criança desde a nascença, sono, controlo dos esfíncteres, autonomia, alimentação, alergias e sensibilidade, autonomia e hábitos orais.
- Registar dados sobre o desenvolvimento linguístico – permite registar dados sobre o desenvolvimento linguístico da criança até ao momento, evolução da linguagem, formas de comunicação utilizadas por ela e existência de hábitos, reacções a mudanças e fixações.
- Registar dados sobre motivo da consulta – permite registar dados sobre o motivo da sessão, por quem foi enviado, causa do problema, reacção da criança e atitude da família, antecedentes familiares, acompanhamento em Terapia da Fala e objectivos e expectativas.
- Registar dados sobre escolaridade/socialização – permite registar dados sobre o nível de escolaridade da criança, adaptação e resistências, a existência de apoio ou retenções, actividades que frequenta, actividades preferidas, relação com os pares e professores e comportamento.
- Registar observações – permite registar informações extra.
- Terminar sessão – permite terminar a sessão.

Nota: Os use cases “Registar” permitem consultar e alterar.

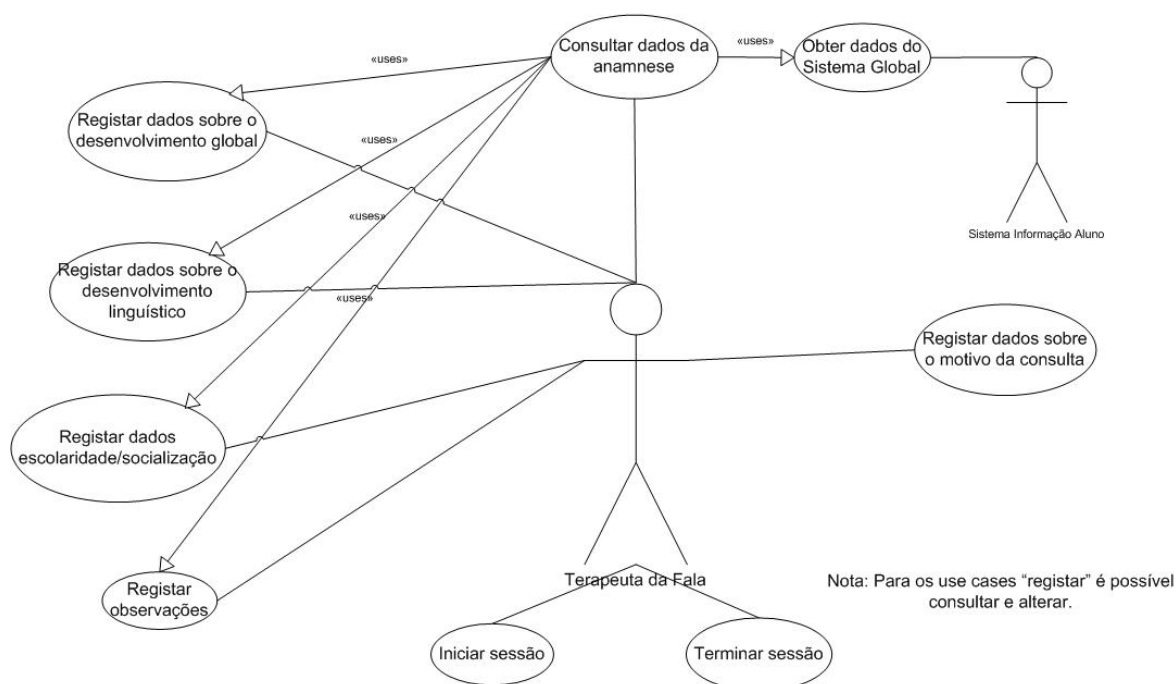


Figura 6 – Registrar Anamnese

5.2. Registrar Avaliação Formal

O registo da Avaliação Formal (Figura 7) deve permitir ao TF o registo da avaliação que é efectuada com recurso a protocolos desenvolvidos para a avaliação da linguagem de crianças em idade escolar, existindo em Portugal testes aferidos e não aferidos para o Português Europeu.

O caso de utilização é:

- Iniciar sessão – permite o acesso ao sistema.
- Registrar dados da avaliação formal – permite registar os dados da avaliação efectuada através da aplicação de provas formais.
- Registrar observações – permite registar informações extra.
- Terminar sessão – permite terminar a sessão.

Nota: O use case "Registrar" permite consultar e alterar.

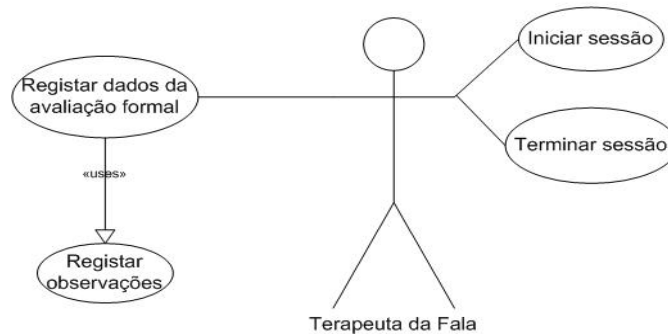


Figura 7 – Registrar Avaliação Formal

5.3. Registrar Avaliação Informal

O registo da Avaliação Informal (Figura 8) refere-se ao registo da avaliação que se baseia na aplicação de tarefas não validadas e aferidas para uma determinada população, e que poderão ser desenvolvidas pelo próprio TF.

Este actor pode:

- Iniciar sessão – permite o acesso ao sistema.
- Registrar dados da avaliação informal - permite registar os dados da avaliação efectuada através da aplicação de provas informais.
- Registrar observações – permite registar informações extra.
- Terminar sessão – permite terminar a sessão.

Nota: O use case “Registrar” permite consultar e alterar.

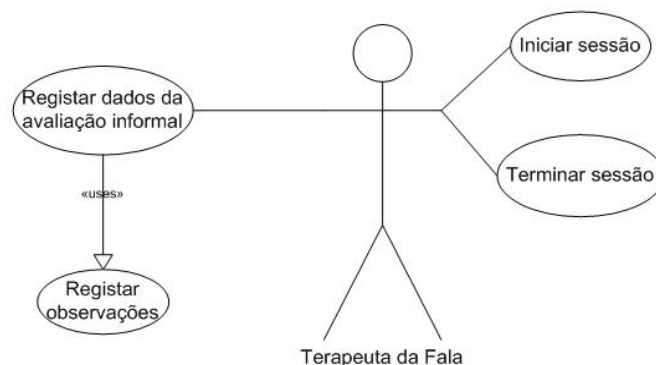


Figura 8 – Registrar Avaliação Informal

5.4. Registrar Diagnóstico Terapêutico

O registo do Diagnóstico Terapêutico (Figura 9) deve permitir a definição do diagnóstico terapêutico em termos linguísticos, bem como o registo de possíveis observações.

O TF é actor envolvido e pode:

- Iniciar sessão – permite o acesso ao sistema.
- Registrar o diagnóstico – permite registrar o diagnóstico terapêutico da criança.
- Registrar observações – permite registrar informações extra.
- Terminar sessão – permite terminar a sessão.

Nota: O use case “Registrar” permite consultar e alterar.

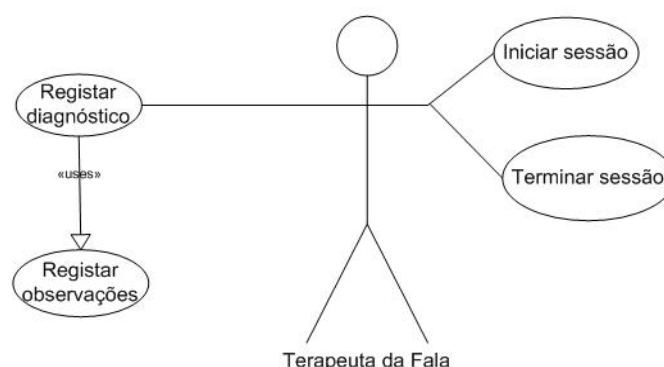


Figura 9 – Registrar Diagnóstico Terapêutico

5.5. Registrar Prognóstico Terapêutico

O registo de Prognóstico Terapêutico (Figura 10) deve permitir a definição do prognóstico terapêutico em termos linguísticos, bem como o registo de possíveis observações.

O TF tem a função de:

- Iniciar sessão – permite o acesso ao sistema.
- Registrar prognóstico – permite registrar o prognóstico terapêutico da criança.

- Registrar observações – permite registrar informações extra.
- Terminar sessão – permite terminar a sessão.

Nota: O use case “Registrar” permite consultar e alterar.

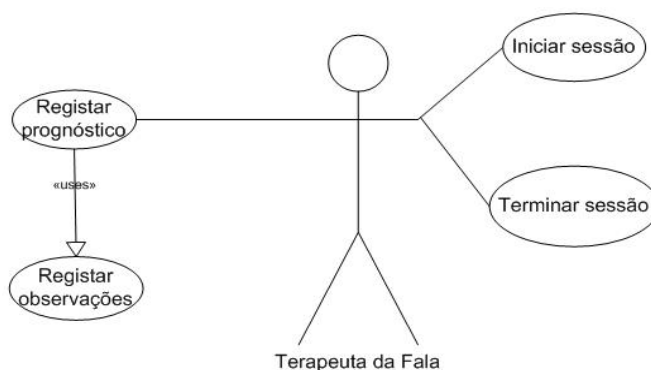


Figura 10 – Registrar Prognóstico Terapêutico

5.6. Registrar Reavaliação

O registo de Reavaliações (Figura 11) deve possibilitar ao TF consultar as avaliações anteriores, formais ou informais, e registrar os dados da nova avaliação.

Os casos de utilização por parte do TF são:

- Iniciar sessão – permite o acesso ao sistema.
- Consultar dados da avaliação formal – permite aceder aos dados da avaliação formal já realizada.
- Registrar dados da reavaliação formal – permite registrar os dados da reavaliação efectuada através da aplicação de provas formais.
- Consultar dados da avaliação informal – permite aceder aos dados da avaliação informal já realizada.
- Registrar dados da reavaliação informal - permite registrar os dados da reavaliação efectuada através da aplicação de provas informais.
- Consultar observações – permite aceder às observações registadas na avaliação.

- Registrar observações – permite registrar informações extra.
- Terminar sessão – permite terminar a sessão.

Nota: Os use cases “Registrar” permitem consultar e alterar.

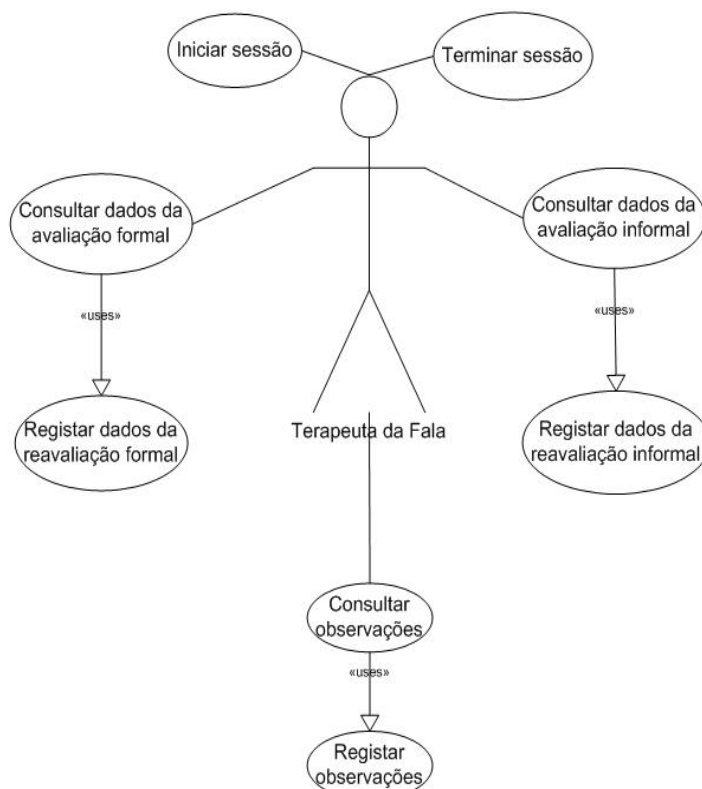


Figura 11 – Registrar Reavaliação

5.7. Consultar Processo

O Consultar Processo (Figura 12) deve facultar ao TF a consulta do processo completo da criança, do qual fazem parte os dados inseridos pelos outros profissionais que trabalham com a criança, nomeadamente as recomendações por eles inseridas.

O TF pode:

- Iniciar sessão – permite o acesso ao sistema.

- Consultar processo da criança – permite consultar os dados relativos a outras valências, bem como as recomendações inseridas pelos outros profissionais.
- Terminar sessão – permite terminar a sessão.

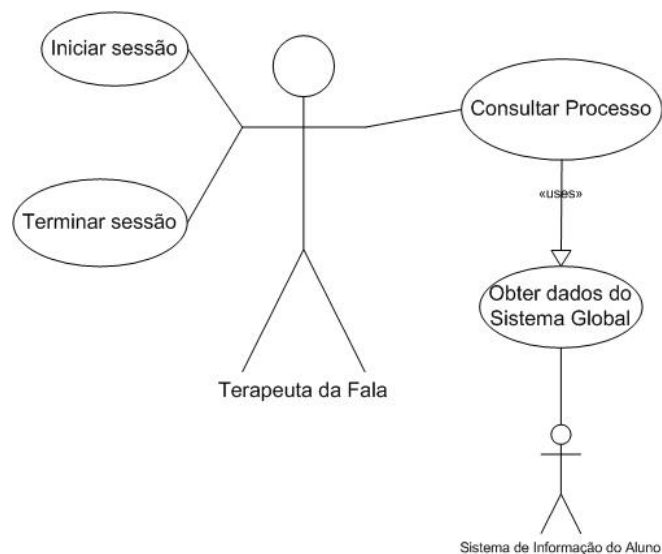


Figura 12 – Consultar Processo

Com base no modelo de informação definido neste capítulo implementou-se um protótipo, que será descrito no capítulo seguinte. Este protótipo servirá para fazer a validação do modelo de informação conceptualizado.

Capítulo 5 – Validação do Modelo de Informação

1. Introdução

Este capítulo apresenta um protótipo do modelo de informação para o registo da avaliação da linguagem em crianças em idade escolar. Os dados patentes no protótipo foram reunidos nos seguintes conjuntos: Lista de Processos, Anamnese, Avaliações, Diagnóstico Terapêutico, Prognóstico e Consultar Processo Completo, no sentido de tornar o registo e a consulta dos dados mais organizada e otimizar todo o processo de avaliação.

A validação deste modelo de informação foi efectuada através da exploração do mesmo por um grupo de TF que exercem actividade em contexto escolar. Após a análise do modelo, os TF responderam a um conjunto de questões relativas à funcionalidade e utilidade do mesmo.

2. Propostas de Interfaces

O conjunto de interfaces a seguir apresentado segue o modelo de informação sugerido no capítulo anterior. Em cada um dos conjuntos existem subconjuntos, no sentido de permitir uma melhor estruturação e consulta da informação. Procurou-se inserir no protótipo todas as informações necessárias para os casos de utilização identificados no modelo.

O acesso ao sistema por parte dos vários actores é efectuado através do *login* e introdução de uma palavra-chave, assegurando deste modo a segurança e confidencialidade dos dados.

Apenas estão representadas nas figuras os principais ecrãs de cada conjunto, não sendo feita uma apresentação exaustiva de todos os itens do protótipo.

2.1. Lista de Processos

A interface Lista de Processos (Figura 13) permite ao actor seleccionar o processo ao qual pretende aceder. Este acesso pode ser feito através da introdução no número do processo ou do nome completo da criança.

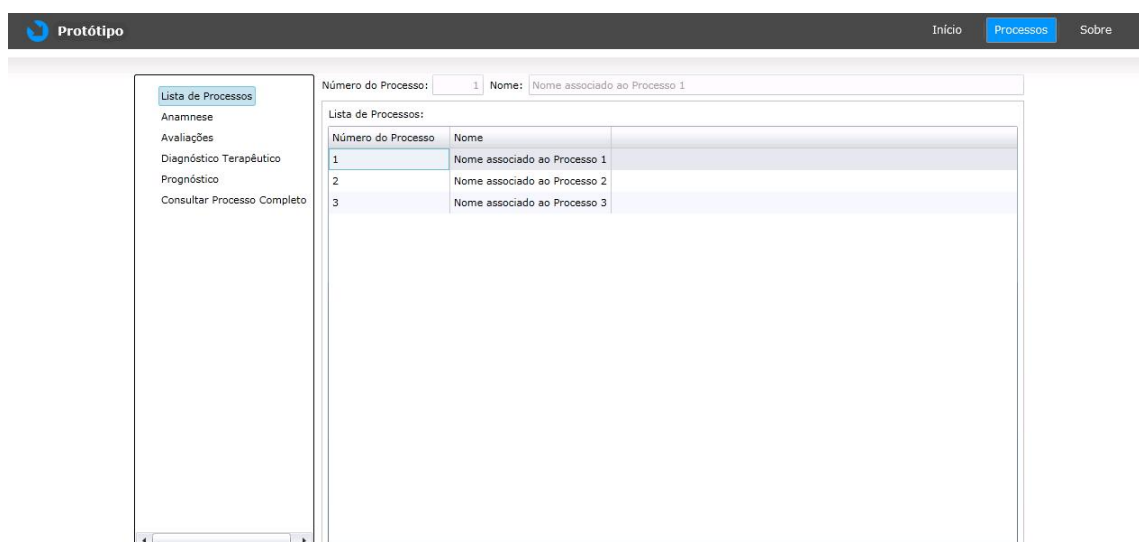


Figura 13 – Lista de Processos

2.2. Anamnese

A Anamnese encontra-se dividida em oito itens, facilitando a consulta e preenchimento de dados no local adequado.

Os itens Identificação Pessoal e do Agregado Familiar (Figura 14), Desenvolvimento Pré, Peri e Pós-Natal (Figura 15) e História Clínica (Figura 16) não são possíveis de editar por parte do Terapeuta da Fala (TF). Idealmente, estes dados já terão sido inseridos pelos Pais/Encarregados de Educação e profissionais que acompanham a criança. O TF pode registar dados sobre o Desenvolvimento Global (Figura 17), Desenvolvimento Linguístico (Figura 18) e Escolaridade/Socialização (Figura 19), complementando a informação já existente. Para além destes itens preenche, integralmente, o Motivo da Consulta (Figura 20). Os actores que participam na Anamnese podem ainda registar observações (Figura 21).

2.2.1. Identificação Pessoal e do Agregado Familiar

Protótipo Início Processos Sobre

Número do Processo: 1 Nome: Nome associado ao Processo 1

Desenvolvimento Linguístico **Escolaridade/Socialização** Motivo da Consulta Observações

Identificação Pessoal e do Agregado Familiar **Desenvolvimento Pré, Peri e Pós-Natal** História Clínica Desenvolvimento Global

Identificação Pessoal:

Data de Nascimento: 24-10-2010 10 anos Escolaridade:

Morada:

Código Postal: 4444 - 999 Localidade:

Contacto:

Agregado Familiar:

Parentesco	Nome	Data de Nascimento	Idade	Profissão
Pai	Nome do/da Pai	01-01-1960	50 anos	Profissão do/da Pai
Mãe	Nome do/da Mãe	01-01-1965	45 anos	Profissão do/da Mãe
Irmão	Nome do/da Irmão	01-01-2000	10 anos	Profissão do/da Irmão
Outro Elemento	Nome do/da Outro Elemento			Profissão do/da Outro Elemento
Outro Elemento	Nome do/da Outro Elemento			Profissão do/da Outro Elemento
Outro Elemento	Nome do/da Outro Elemento			Profissão do/da Outro Elemento
Outro Elemento	Nome do/da Outro Elemento			Profissão do/da Outro Elemento

Figura 14 – Identificação Pessoal e do Agregado Familiar

2.2.2. Desenvolvimento Pré, Peri e Pós-Natal

Protótipo Início Processos Sobre

Número do Processo: 1 Nome: Nome associado ao Processo 1

Desenvolvimento Linguístico **Escolaridade/Socialização** Motivo da Consulta Observações

Identificação Pessoal e do Agregado Familiar **Desenvolvimento Pré, Peri e Pós-Natal** História Clínica Desenvolvimento Global

Desenvolvimento Pré-Natal:

Problemas ou complicações durante a gravidez:

Desenvolvimento Peri-Natal:

Idade Gestacional: 99 semanas Termo

Parto: Eutócito

Local:

Choro: Peso: Apgar: Coloração da Pele:

Complicações:

Outras Informações acerca do parto: (Ex.: Duração, Incubadora, ...)

Desenvolvimento Pós-Natal:

Alimentação nos primeiros meses: (Ex.: Leite Materno, Leite Artificial, ...)

Dificuldades de Alimentação:

Idade em que deixou a chupeta/biberão:

Figura 15 – Desenvolvimento Pré, Peri e Pós-Natal

2.2.3. História Clínica

Protótipo

Início **Processos** Sobre

Número do Processo: 1 Nome: Nome associado ao Processo 1

Lista de Processos

- Anamnese
- Avaliações
- Diagnóstico Terapêutico
- Prognóstico
- Consultar Processo Completo

Desenvolvimento Linguístico Escolaridade/Socialização Motivo da Consulta Observações

Identificação Pessoal e do Agregado Familiar Desenvolvimento Pré, Peri e Pós-Natal **História Clínica** Desenvolvimento Global

História Clínica:

Doenças ou Traumatismos:

Doenças Neurológicas:

Internamentos ou Intervenções Cirúrgicas:

Medicação e Efeitos:

Histórico Ortodôntico:

Acompanhamento Médico:

Visão:

Audição:

Figura 16 – História Clínica

2.2.4. Desenvolvimento Global

Protótipo

Início **Processos** Sobre

Número do Processo: 1 Nome: Nome associado ao Processo 1

Lista de Processos

- Anamnese
- Avaliações
- Diagnóstico Terapêutico
- Prognóstico
- Consultar Processo Completo

Desenvolvimento Linguístico Escolaridade/Socialização Motivo da Consulta Observações

Identificação Pessoal e do Agregado Familiar Desenvolvimento Pré, Peri e Pós-Natal História Clínica **Desenvolvimento Global**

Desenvolvimento:

1º Sorriso: Segurar a Cabeça: Reagir ao Som: Sentar:

Gatinhar: Andar Agarrado: Andar Sozinho: Comer Sozinho:

Sono:

Controlo de Esfínteres: (Anal, Vesical, Diurno, Nocturno, ...)

Alimentação, Alergias e Sensibilidade:

Autonomia:

Hábitos Oraais: (Ex.: Chupeta, Biberão, Sucção Digital, Bruxismo, Onicofagia, Morder Objectos, ...)

Figura 17 – Desenvolvimento Global

2.2.5. Desenvolvimento Linguístico

Protótipo

Início Processos Sobre

Número do Processo: 1 Nome: Nome associado ao Processo 1

Identificação Pessoal e do Agregado Familiar Desenvolvimento Pré, Peri e Pós-Natal História Clínica Desenvolvimento Global

Desenvolvimento Linguístico Escolaridade/Socialização Motivo da Consulta Observações

Desenvolvimento Linguístico:

Palrar: Dizer as Primeiras Palavras: Combinar Duas Palavras: Construção da Primeira Frase:

Evolução:

Gestos, Expressão Facial e Linguagem Corporal:

Iniciar ou Manter Conversa e Intenção Comunicativa:

Hábitos, Reações a Mudanças e Fixações:

Lista de Processos

Anamnese

Avaliações

Diagnóstico Terapêutico

Prognóstico

Consultar Processo Completo

Figura 18 – Desenvolvimento Linguístico

2.2.6. Escolaridade/Socialização

Protótipo

Início Processos Sobre

Número do Processo: 1 Nome: Nome associado ao Processo 1

Identificação Pessoal e do Agregado Familiar Desenvolvimento Pré, Peri e Pós-Natal História Clínica Desenvolvimento Global

Desenvolvimento Linguístico Escolaridade/Socialização Motivo da Consulta Observações

Escolaridade e Socialização:

Jardim de Infância e Escola:

Outras Atividades:

Apoios e Retenções:

Adaptação e Resistências:

Comportamento:

Relação Criança-Professor e Criança-Alunos:

Actividades Preferidas:

Lista de Processos

Anamnese

Avaliações

Diagnóstico Terapêutico

Prognóstico

Consultar Processo Completo

Figura 19 – Escolaridade/Socialização

2.2.7. Motivo da Consulta

Protótipo

Início Processos Sobre

Número do Processo: 1 Nome: Nome associado ao Processo 1

Identificação Pessoal e do Agregado Familiar | Desenvolvimento Pré, Peri e Pós-Natal | História Clínica | Desenvolvimento Global

Desenvolvimento Linguístico | Escolaridade/Socialização | **Motivo da Consulta** | Observações

Motivo da Consulta:

Motivo:

Enviado Por:

Causa: (Quem Notou, Quando, ...)

Reacção da Criança: (Tem Consciência, Como Comunica, ...)

Atitude da Família:

Antecedentes Familiares:

Acompanhamento em TF:

Objectivos e Expectativas a Curto Prazo:

Lista de Processos

Anamnese

Avaliações

Diagnóstico Terapêutico

Prognóstico

Consultar Processo Completo

Figura 20 – Motivo da Consulta

2.2.8. Observações

Protótipo

Início Processos Sobre

Número do Processo: 1 Nome: Nome associado ao Processo 1

Identificação Pessoal e do Agregado Familiar | Desenvolvimento Pré, Peri e Pós-Natal | História Clínica | Desenvolvimento Global

Desenvolvimento Linguístico | Escolaridade/Socialização | Motivo da Consulta | **Observações**

Observações:

Dados:

Fornecidos Por:

Data: 27-10-2010 15

Lista de Processos

Anamnese

Avaliações

Diagnóstico Terapêutico

Prognóstico

Consultar Processo Completo

Figura 21 – Observações

2.3. Avaliações

A interface Avaliações (Figura 22) possibilita ao TF o registo de dados da avaliação formal (Figura 23) e/ou informal (Figura 24) da criança. O TF selecciona e preenche o(s) instrumentos(s) mais adequados à avaliação em questão. Este registo pode ser efectuando à medida que decorre a avaliação, ou noutro momento, uma vez que está disponível a opção “Gravar” para cada tarefa,

permitindo fazer o registo áudio das respostas da criança e posterior anotação escrita.

No que se refere à avaliação formal, são mencionados os testes de avaliação da linguagem em idade escolar, aferidos para o Português Europeu. Para além destes testes, referem-se outros testes não aferidos para o Português Europeu, testes estrangeiros traduzidos e adaptados para o Português, bem como uma grelha de avaliação informal da linguagem. Esta grelha representa uma combinação de tarefas, focando as principais áreas da linguagem e reflectindo em parte, tarefas presentes noutros protocolos. Devido à escassez de instrumentos aferidos para o Português Europeu, os TF recorrem, muitas vezes a protocolos por si construídos, para realizarem a avaliação. As tarefas apresentadas na Grelha de Avaliação Informal da Linguagem espelham uma combinação das provas informais aplicadas pela autora e pelos TF inquiridos. Esta Grelha pode ser configurada e ajustada de acordo com as preferências de cada utilizador, adicionando novas tarefas e editando os campos.

A tabela visível na Figura 22 representa o interface das Avaliações. Estão nomeados todos os testes de avaliação, formais e informais e definidas várias datas de avaliação ou reavaliação. Numa primeira avaliação de uma criança é possível seleccionar um ou mais testes a aplicar. Em futuras avaliações da mesma criança, é exequível consultar as avaliações já realizadas e registar os dados da nova avaliação, utilizando ou não os mesmos testes da avaliação inicial.

Protótipo

Início **Processos** Sobre

Número do Processo: 1 Nome: Nome associado ao Processo 1

Lista de Processos

- Anamnese
- Avaliações**
- Diagnóstico Terapêutico
- Prognóstico
- Consultar Processo Completo

Tabela de Avaliações:

Nome	Avaliação Inicial em 2010-05-01	Reavaliação em 2010-06-01	Reavaliação em 2010-08-01	Reavaliação em 2010-09-01	Reavaliação em 2010-10-01	Reavaliação em 2010-11-01
ALPE	Consultar	Consultar				Consultar
TICL		Consultar				Realizar
GOLE	Consultar	Consultar	Consultar	Consultar	Consultar	Consultar
TALO		Consultar				Realizar
PALPA-P			Consultar		Consultar	Consultar
Bankson		Consultar				Realizar
Token Test 2			Consultar		Consultar	Consultar
TROG-2		Consultar				Realizar
Peabody III	Consultar	Consultar			Consultar	Consultar
The Pragmatics Profile		Consultar				Realizar
TPL-2			Consultar			Consultar
Bat. Provas Fonológicas		Consultar			Consultar	Realizar
TOPA-2			Consultar			Consultar
PAFFS		Consultar				Realizar
Informal	Consultar	Consultar	Consultar	Consultar		Consultar

Momento de Avaliação:

Data do Momento de Avaliação Actual: 01-11-2010 15 Concluir Adicionar

Figura 22 – Avaliações

2.3.1. Avaliação Formal

Protótipo

Início **Processos** Sobre

Número do Processo: 1 Nome: Nome associado ao Processo 1

Lista de Processos

- Anamnese
- Avaliações**
- Diagnóstico Terapêutico
- Prognóstico
- Consultar Processo Completo

GOLE - Grelha de Observação da Linguagem - Nível Escolar Data de Preenchimento: 01-11-2010 15

de E. Sua Kay e M.E. Santos, 2003.
População: 5A7M - 10A.

Limpar Guardar o Teste

I - Estrutura Semântica

1. Definição de palavras

Instruções: Perguntar "O que é uma banana?". Se a criança não responder, perguntar "Para que serve?".
Cota-se 2 pontos se a criança responder correctamente à primeira pergunta.
Cota-se 1 ponto se responder correctamente à segunda pergunta.

Respostas

Respostas	Cotação
1. Livro	Gravar
2. Rosa	Gravar
3. Sandália	Gravar
4. Sardinha	Gravar
5. Berlim	Gravar
6. Simpático	Gravar
7. Submarino	Gravar
8. Arquitecto	Gravar
9. Curioso	Gravar
10. Valente	Gravar

Figura 23 – Avaliação Formal

2.3.2. Avaliação Informal

Protótipo

Início **Processos** Sobre

Número do Processo: 1 Nome: Nome associado ao Processo 1

Grelha de Avaliação Informal da Linguagem

Data de Preenchimento: 01-11-2010 15

Limpar Guardar o Teste

Objectos de Uso Comum		Objectos miniatura	
Nomeação	Identificação	Nomeação	Identificação
Banana		Camisola	
Livro		Tacho	
Bola		Cadeira	
Colher		Galinha	
Caneta		Carro	

Imagens de Objectos		Imagens de acções	
Nomeação	Identificação	Nomeação	Identificação
Iogurte		Ler	
Avião		Tocar	
Flor		Comer	
Óculos		Beber	
Porco		Pintar	
		Dormir	

Figura 24 – Avaliação Informal

2.4. Diagnóstico Terapêutico

A interface Diagnóstico Terapêutico (Figura 25) permite a definição do diagnóstico linguístico, através da selecção de um diagnóstico já definido ou introduzindo outro através da opção “Outro”. É possível descrever o diagnóstico ou acrescentar outras informações em “Observações”.

Protótipo

Início **Processos** Sobre

Número do Processo: 1 Nome: Nome associado ao Processo 1

Diagnóstico Terapêutico:

Data do Diagnóstico: 01-11-2010 15

Diagnóstico Terapêutico: Atraso de Desenvolvimento da Linguagem

Observações:

Figura 25 – Diagnóstico Terapêutico

2.5. Prognóstico

A interface Prognóstico (Figura 26) possibilita a definição do prognóstico terapêutico e descrição do mesmo.

Figura 26 – Prognóstico

2.6. Consultar Processo Completo

Esta interface permite ao TF consultar o processo completo da criança (Figura 26), incluindo as recomendações registras pelos outros profissionais que acompanham a criança.

Figura 27 – Consultar Processo Completo

3. Discussão de resultados

A validação do protótipo apresentado permitiu verificar a sua funcionalidade no registo de dados da avaliação da linguagem em crianças em idade escolar. A metodologia utilizada na aplicação consistiu na análise e exploração do conjunto de interfaces por um grupo de TF e posterior resposta a uma série de questões, apresentadas no Anexo II. Este conjunto de questões pretendeu aferir a adequação de conteúdos para o registo de informação da avaliação em crianças em idade escolar e a necessidade de inserir ou retirar algum dado. Procurou também definir de uma forma muito exploratória a possibilidade de normalizar a terminologia utilizada nesta área. Seleccionou-se um grupo de doze TF em exercício de funções em contexto escolar, dos quais responderam sete.

Os TF inquiridos foram concordantes quanto à organização e divisão do processo de avaliação nas secções: Lista de Processos, Anamnese, Avaliações, Diagnóstico Terapêutico, Prognóstico e Consultar Processo Completo.

O grupo valorizou o desenvolvimento deste modelo de informação, apontando como vantagens a adequação dos conteúdos, o fácil acesso e preenchimento dos mesmos, a possibilidade de acrescentar novas informações e observações, a organização e esquematização dos dados, o facto de facilitar a comunicação entre profissionais e de apresentar um leque variado de provas formais. Utilizariam este sistema com regularidade, sempre que tivessem acesso a um computador.

Por outro lado, um dos TF questionados referiu alguns inconvenientes na utilização do modelo: o processo de registo seria mais moroso no computador do que em papel, não se estabelecer contacto ocular com a criança, caso o registo escrito se faça simultaneamente à avaliação e o facto de a criança não estar num ambiente natural e o seu comportamento poder estar modelado. A maioria dos TF apontou ainda o facto de, nem sempre, ter disponível na escola um computador para efectuar o registo electrónico.

Relativamente às implicações que o registo electrónico pode trazer para a relação criança-TF, estas podem ser contornadas com os dispositivos móveis actuais como o *iPad*, ou ecrãs tácteis com reconhecimento de escrita. A

introdução desta forma de registo pode também, provocar mudanças nos procedimentos de avaliação e recursos das instituições, implicando um investimento e reforço na informatização da rede escolar.

No que se refere à Anamnese, um dos TF aconselhou a introdução do tópico Nível de Escolaridade/Formação Académica do Agregado Familiar no item “Identificação Pessoal e do Agregado Familiar”, do tópico Atitude dos Pares/Professores no “Motivo da Consulta” e de Comunicação Pré-Verbal no “Desenvolvimento Linguístico”.

Relativamente aos testes de avaliação formal, um TF indicou a pertinência dos dados normativos estarem presentes, permitindo a comparação dos dados da avaliação.

Quanto à Grelha de Avaliação Informal da Linguagem, três TF consideraram adequado adicionar outras tarefas, referentes aos plurais regulares e irregulares, iniciativa e resposta comunicativa e turnos de conversação, bem como apontar parâmetros específicos na avaliação do discurso espontâneo. Uma das TF sugeriu que as tarefas fossem agrupadas por categorias linguísticas e outra considerou que seria interessante complementar a avaliação informal com introdução de imagens no modelo.

Duas das TF sugeriram a introdução de outras classificações quanto ao diagnóstico, nomeadamente, Perturbação da Comunicação, Disfunção Comunicativa e Perturbação da Linguagem. O grupo não discorda quanto às classificações apresentadas, contudo algumas discrepâncias de nomenclaturas utilizadas na área da linguagem podem dever-se à formação académica de cada TF, à sua experiência profissional e nível de especialização e interesse pela área.

O grupo inquerido propõe a introdução de alguns dados na Anamnese, na Avaliação e no Diagnóstico Terapêutico, o que se considera útil e pertinente, no sentido de tornar o modelo mais completo e permitir uma recolha de informações mais abrangente.

A avaliação global do modelo é bastante positiva e o grupo de TF sugeriu que fosse alargado às várias áreas de intervenção em Terapia da Fala.

Capítulo 6 – Conclusão

1. Resumo do Trabalho

A crescente exigência dos cidadãos, cada vez mais bem informados relativamente ao nível dos cuidados de saúde e o incremento de expectativas face à sua resposta, aliados ao envelhecimento populacional, ao aumento de pessoas vítimas de acidentes e com doenças de evolução prolongada e à migração e mobilidade de utentes, têm trazido novos desafios à área da saúde. Isto leva a que os sistemas de saúde tenham que criar e desenvolver soluções adequadas a estas questões, defendendo-se uma abordagem centrada no utente. As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) favorecem a eficiência e qualidade dos cuidados de saúde. Permitem um registo mais organizado e claro dos dados clínicos, estando estes acessíveis e disponíveis para apoiar o profissional na tomada de decisões. Assim, a troca de informação entre os intervenientes num processo terapêutico torna-se mais rápida e fidedigna, fomentando e consolidando assim um trabalho multidisciplinar.

Na área da Terapia da Fala, e da linguagem em específico, não existem sistemas de informação para o registo de dados do utente, pelo que se considerou pertinente e de bastante interesse e utilidade iniciar a conceptualização do modelo de informação. Especificou-se a etapa da avaliação, pois é o ponto de partida para o decorrer do processo de intervenção e a faixa etária correspondente à idade escolar, tendo em conta a experiência profissional da autora.

2. Sistematização dos Resultados

Tendo em conta a panóplia de instrumentos existentes para a avaliação da linguagem efectuou-se uma vasta pesquisa sobre quais os testes referentes à idade escolar. Para melhor perceber como se realiza a avaliação da linguagem em crianças em idade escolar aplicaram-se questionários a Terapeutas da Fala (TF) no sentido de averiguar que dados se recolhem nesta fase, a que instrumentos recorrem e em que condições de realiza a avaliação.

Com base nos casos de utilização detalhados projectou-se um conjunto de interfaces para o registo da avaliação da linguagem em crianças em idade escolar. As informações inseridas no modelo de informação espelham as informações fornecidas pelos TF e a experiência profissional da autora.

Após a conceptualização do modelo, procedeu-se à validação do mesmo. Um conjunto de TF analisou-o e explorou-o, sugerindo alterações ou a introdução de novos dados. Constatou-se a pertinência e utilidade do modelo no processo de avaliação, optimizando o desempenho de funções por parte do TF e a troca de informações entre os vários interlocutores da criança. O principal entrave apontado à aplicação deste sistema foi a utilização do computador, que nem sempre está disponível em contexto escolar e pode alterar o comportamento da criança e afectar a relação entre ela e o TF. A introdução desta forma de registo pode assim, provocar mudanças nos procedimentos de avaliação, implicando a informatização da rede escolar. A influência do computador na relação criança-TF pode ser contornada pela utilização de novas tecnologias de informação no registo da informação, nomeadamente, de ecrãs tácteis com reconhecimento de escrita. O grupo inquerido propõe a introdução de alguns dados na Anamnese, na Avaliação e no Diagnóstico Terapêutico, o que se considera útil e pertinente, no sentido de tornar o modelo mais completo e permitir uma recolha de informações mais abrangente.

3. Trabalhos Futuros

Após a discussão dos resultados obtidos e, tendo em conta as sugestões obtidas e a experiência da autora, apontam-se alguns temas para futuros trabalhos:

- Conclusão do presente modelo de informação, complementando os itens incompletos: introdução de mais informações a recolher na anamnese; inserção de folhas de registo para os vários testes existentes e dos dados normativos dos testes formais; organização das actividades por áreas linguísticas e introdução de outras tarefas na Grelha de Avaliação Informal da Linguagem; inclusão dos dados a consultar no processo da criança e de outras nomenclaturas no diagnóstico terapêutico.
- Expandir o modelo de informação para as restantes fases do processo terapêutico na área da linguagem em crianças em idade escolar: intervenção, relatórios e recomendações.
- Implementação do protótipo em contextos escolares, de modo a verificar a sua aplicabilidade e funcionalidade.
- Normalizar as terminologias e nomenclaturas associadas à avaliação em Terapia da Fala, quer na área da linguagem, quer noutras áreas de intervenção, facilitando o registo e interpretação das informações.
- Avaliar os ganhos em saúde, do ponto de vista do utente e do profissional, com a introdução do RSE, verificando se efectivamente potencia a troca e partilha de informações entre os profissionais.
- Projectar modelos de informação para todas áreas de intervenção da Terapia da Fala.

Referências Bibliográficas

[1] MENDES, Ana [et al.] Implementação do Processo de Bolonha e a Formação na Área da Terapia da Fala in Processo de Bolonha do CCISP. Conselho Coordenador dos Institutos Superiores Politécnicos [em linha]. Lisboa: CCISP, Novembro de 2004 [citado em 25 de Outubro de 2010 - 17:02]. Disponível em URL:

http://www.ccisp.pt/documentos/bolonha/ccisp/pareceres/tec-saude/TERAPIA_DA_FALA_Bolonha_FINALNOV04.doc

[2] FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Situação Mundial da Infância 2008 - Sobrevivência Infantil: Unidos pelas Crianças in UNICEF - Brazil. UNICEF [em linha]. Nova Iorque: Divisão de Comunicações UNICEF, Dezembro de 2007. [citado em 24 de Abril de 2010 - 22:30]. Disponível em URL:

<http://www.unicef.org/brazil/sowc2008final/index.html>

[3] MINISTÉRIO DA SAÚDE. História do Serviço Nacional de Saúde in Portal da Saúde. Portal da Saúde [em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, 24 de Fevereiro de 2010. [citado em 18 de Março de 2010 - 21:48]. Disponível em URL:

<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>

[4] SIMÕES, Jorge – Os sistemas de Saúde nos países da OCDE nos últimos 25 anos e O sistema de saúde português desde 1974. In «Retrato Político da Saúde». 1ª Edição. Coimbra: Livraria Almedina, 2004. pp: 29-40, 73-83.

[5] SIMÕES, Jorge. Um olhar sobre os trinta anos do Serviço Nacional de Saúde. Linhas de Saúde [em linha]. N.º1. Dezembro de 2009. [citado em 26 de Fevereiro de 2010 - 18:45]. Disponível em URL:

<http://www.ua.pt/cs/PageText.aspx?id=10353>

[6] SIMÕES, Jorge, DIAS, Ana. A governação em saúde em Portugal e a saúde nas políticas. Linhas de Saúde [em linha]. N.º1. Dezembro de 2009. [citado em 26 de Fevereiro de 2010 – 19:10]. Disponível em URL: <http://www.ua.pt/cs/PageText.aspx?id=10353>

[7] OCDE. Health at a Glance 2009 – OECD Indicators in OCDE. Organization for Economic Co-Operation and Development [em linha]. Paris, OCDE, 2009. [citado em 17 de Março de 2010 – 21:30]. Disponível em URL: <http://www.oecd.org/dataoecd/55/2/44117530.pdf>

[8] MACHADO, Maria C. S., “Políticas de Saúde para os Idosos”. Comunicação apresentada no VI Colóquio da Associação de Apoio a Profissionais do Hospital de Santa Maria, subordinado ao Tema “O Mundo do Idoso e o Idoso no Mundo”, Março, Lisboa, 2010.

[9] DIAS, Isabel. Encontro científico internacional - envelhecimento, família e políticas sociais. Sociologia [em linha]. N.º15. 2005 [citado em 20 de Março de 2010 – 22:04]. Disponível em URL: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3726.pdf>

[10] MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano Nacional de Saúde 2004/2010 [em linha]. Lisboa, Ministério da Saúde, 2004 [citado em 18 de Março de 2010 – 22:15]. Disponível em URL: <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>

[11] Decreto-Lei n.º101/2006 de 6 de Junho

[12] UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADES CONTINUADOS INTEGRADOS. A Rede [em linha]. Lisboa, 17 de Maio de 2010. [citado em 20 de Setembro de 2010 - 21:00]. Disponível em URL: <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/Paginas/ARede.aspx>

[13] WHO. People at the Centre of Health Care: Harmonizing mind and body, people and systems [em linha]. Geneva, Who Editor, 2007. [citado em 10 de Março de 2010 – 21:48]. Disponível em URL: <http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/C82BF00A-DF76-4174-A8F9-F68E417138C7/0/PEOPLEATTHECENTREOFHEALTHCAREPopularBook.pdf>

[14] COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES. WHITE PAPER - Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013 [em linha]. Bruxelas, 2007. [citado em 5 de Fevereiro de 2010 - 16:26]. Disponível em URL: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf

[15] COMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES. eEurope – Uma sociedade de informação para todos in COMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES. Sociedade de Informação [em linha] Bruxelas, 2005. [citado em 5 de Fevereiro de 2010 – 16:30]

Disponível em URL: http://europa.eu/legislation_summaries/information_society/l24221_pt.htm

[16] COMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES. eEurope 2005 in COMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES. Sociedade de Informação [em linha] Bruxelas, 2010. [citado em 5 de Fevereiro de 2010 – 16:42]

Disponível em URL: http://europa.eu/legislation_summaries/information_society/l24226_pt.htm

[17] COMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES. i2010: a sociedade da informação e os media ao serviço do crescimento e do emprego in COMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES. Sociedade de Informação [em linha] Bruxelas, 2009. [citado em 5 de Fevereiro de 2010 – 17:03]

Disponível em URL: http://europa.eu/legislation_summaries/information_society/c11328_pt.htm

[18] DG Saúde e Defesa do Consumidor da Comissão Europeia. eSaúde in Saúde - UE. SAÚDE - EU, o portal de Saúde Pública da União Europeia [em linha]. Bruxelas. (revisto em 23 de Novembro de 2009) [citado em 8 de Fevereiro de 2010 – 19:00]. Disponível em URL: http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/e-health/index_pt.htm

[19] ASSOCIAÇÃO PARA A PROMOÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE DE INFORMAÇÃO. E-Saúde – O que o Sector da Saúde em Portugal tem a ganhar com o desenvolvimento da Sociedade da Informação. [em linha]APDSI, Junho de 2004. [citado em 15 de Março de 2010 – 19:12] Disponível em URL: http://www.apdsi.pt/main.php?srvacr=pages_95&mode=public&template=frontoffice&lang=pt&layout=layout&id_page=119

[20] CAMPOS, Luís. “Registo de Saúde Electrónico”, Comunicação apresentada no Portugal Tecnológico, 2010, Setembro, Lisboa, 2010

[21] ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE. Documento de Estado da Arte in Portal da Saúde. RSE – Registo de Saúde Electrónico [em linha]. Lisboa: ACSS, 2009. [citado em 15 de Março de 2010 – 20:04]. Disponível em URL: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4156EEEF-E601-4ADA-AEB7-14E01F5F52FC/0/RSE_R1_Estado_da_Arte_V3.pdf

[22] SIM-SIM, Inês – Comunicação e Linguagem e Como se desenvolve a linguagem na criança. In «Desenvolvimento da Linguagem». 1ªEdição. Lisboa: Universidade Aberta, 1998. pp:17-38, 45-66.

[23] NUNES, Carmen, OLIVEIRA, Mª Luísa, SARDINHA, Mª Leonor – Língua e Comunicação. In «Nova Gramática do Português». 3ª Edição. Lisboa: Didáctica Editora, 1995. pp:6-11.

[24] CALDAS, Alexandre Castro – A Linguagem Oral. In «A Herança de Franz Joseph Gall – O cérebro ao serviço do comportamento». Lisboa: Mc Graw Hill, 1999. pp:149-151.

[25] FRANCO, Maria G. [et al.] Perturbações Específicas do Desenvolvimento da Linguagem em Contexto Escolar – Fundamentos in Direcção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular. Centro de Recursos [em linha]. Lisboa: Ministério da Educação, Dezembro de 2003. (revisto em 11 de Junho de 2007) [citado em 11 de Abril de 2010 – 19:20]. Disponível em URL: http://sitio.dgidc.min-edu.pt/recursos/Lists/Repositrio%20Recursos2/Attachments/129/comunic_fala.pdf

[26] ANDRADE, Fátima. Aquisição e desenvolvimento da linguagem e Factores de risco do desenvolvimento da linguagem da criança. In «Perturbações da linguagem na criança: análise e caracterização». Aveiro: Universidade de Aveiro, Novembro 2008. pp: 13-41.

[27] SAXTON, Matthew – Can Animals Acquire Human Language? Shakespeare's Typewriter. In «Child Language: Acquisition and Development». 1ªEdição. Londres: Sage, 2010. pp:27-30.

[28] CHEVRIE-MULLER, Claude, NARBONA, Juan. Modelos psicolinguísticos do desenvolvimento da linguagem. In «A Linguagem – Aspectos normais e patológicos». 2ªEdição. Porto Alegre: Artmed Editora, 2005. pp:52-62; 242-257.

[29] AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION (ASHA). How Does Your Child Hear and Talk? [em linha]. ASHA. [citado em 8 de Setembro de 2010 – 21:34] Disponível em URL: <http://www.asha.org/public/speech/development/chart.htm>

[30] RIGOLET, Sylviane A. N. Para uma Aquisição Precoce e Optimizada da Linguagem: Linhas de Orientação para crianças até aos 6 anos. Porto: Porto Editora, 1998.

[31] PUYUELO, Miguel, RONDAL, Jean-Adolphe - Comunicação e Linguagem. Desenvolvimento normal e alterações no decorrer do ciclo vital. In «Manual de Desenvolvimento e Alterações da Linguagem na Criança e no Adulto». Porto Alegre: Artmed Editora, 2007. pp:87-120.

[32] SHIPLEY, Kenneth G., MCAFEE, Julie G. Foundations of Assessment, Evaluating Preassessment Information e Assessment of Language. In «Assessment in Speech-Language Pathology- A Resource Manual». 4ªEdição. Nova Iorque: Delmar, 2009. pp: 3-15, 91-99, 242-269.

[33] SARAMAGO, Ana R. [et al.] Avaliação da Criança/Jovem com Multideficiência. In «Avaliação e Intervenção em Multideficiência – Coleção Apoios Educativos N.º10». Ministério da Educação e Direcção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular, Junho de 2004. pp:45-54.

[34] DIRECÇÃO GERAL DE INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO CURRICULAR. Redes in DGIDC. [em linha] [citado em 1 de Novembro de 2010 – 23:14]. Disponível em URL: http://sitio.dgidc.min-edu.pt/especial/Paginas/ed_especial_redes.aspx

[35] Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro.

[36] NUNES, M., O'NEILL H. Introdução, Diagrama de Use Cases e Desenho do Sistema. In «Fundamental de UML». 6ªEdição. Lisboa, FCA-Editora de Informática, Dezembro de 2004. Pp: 1-7, 13-33, 107-119.

Anexos

Anexo I – Questionário para a Conceptualização do Modelo de Informação

O questionário que a seguir apresentamos, dirigido a Terapeutas da Fala, destina-se a uma recolha de dados no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Ciências da Fala e da Audição. O seu principal objectivo é conhecer o processo de anamnese e avaliação de crianças com problemas da linguagem em idade e contexto escolar.

Para o efeito, solicitamos que responda a todas as questões, divididas por três grupos principais, seguindo as instruções:

- Assinale as opções que pretende clicando no quadrado correspondente. Caso deseje anular a sua resposta faça duplo clique no espaço que tinha preenchido.

- Nas situações de resposta escrita, seleccione o campo de preenchimento e digite a sua resposta.

- No final do questionário há um espaço livre para observações que pretenda fazer.

Os dados recolhidos serão única e exclusivamente utilizados na presente investigação.

Agradecemos a sua colaboração

Terapeuta da Fala Teresa Figueiredo

Professora Doutora Alexandra Isabel Cardador Queirós

1. DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS

Nome: _____

Local(ais) onde exerce funções: _____

Ano de formação: _____

Instituição de formação: _____

2. ANAMNESE

☐ Estruturada/seguindo uma ordem e questões específicas

☐ Não estruturada/sem seguir uma ordem e questões específicas

a. Dados recolhidos e fontes de informação

<u>Dados</u>	<u>Fontes</u>
<input type="checkbox"/> Identificação da criança e do agregado familiar	<input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Pais/Familiares <input type="checkbox"/> Processo <input type="checkbox"/> Docentes <input type="checkbox"/> Outros profissionais <input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Motivo da sessão	<input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Pais/Familiares <input type="checkbox"/> Processo <input type="checkbox"/> Docentes <input type="checkbox"/> Outros profissionais <input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Descrição do problema	<input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Pais/Familiares <input type="checkbox"/> Processo <input type="checkbox"/> Docentes <input type="checkbox"/> Outros profissionais <input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Antecedentes familiares	<input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Pais/Familiares <input type="checkbox"/> Processo <input type="checkbox"/> Docentes <input type="checkbox"/> Outros profissionais <input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Antecedentes pessoais	<input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Pais/Familiares <input type="checkbox"/> Processo <input type="checkbox"/> Docentes <input type="checkbox"/> Outros profissionais

	<input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Desenvolvimento pré, peri e pós-natal	<input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Pais/Familiares <input type="checkbox"/> Processo <input type="checkbox"/> Docentes <input type="checkbox"/> Outros profissionais <input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> História clínica	<input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Pais/Familiares <input type="checkbox"/> Processo <input type="checkbox"/> Docentes <input type="checkbox"/> Outros profissionais <input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Desenvolvimento psicomotor	<input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Pais/Familiares <input type="checkbox"/> Processo <input type="checkbox"/> Docentes <input type="checkbox"/> Outros profissionais <input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Desenvolvimento da linguagem	<input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Pais/Familiares <input type="checkbox"/> Processo <input type="checkbox"/> Docentes <input type="checkbox"/> Outros profissionais <input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Escolaridade	<input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Pais/Familiares <input type="checkbox"/> Processo <input type="checkbox"/> Docentes <input type="checkbox"/> Outros profissionais <input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Antecedentes escolares	<input type="checkbox"/> Aluno

	<input type="checkbox"/> Pais/Familiares <input type="checkbox"/> Processo <input type="checkbox"/> Docentes <input type="checkbox"/> Outros profissionais <input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Socialização	<input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Pais/Familiares <input type="checkbox"/> Processo <input type="checkbox"/> Docentes <input type="checkbox"/> Outros profissionais <input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Outras observações	<input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Pais/Familiares <input type="checkbox"/> Processo <input type="checkbox"/> Docentes <input type="checkbox"/> Outros profissionais <input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Motivação para a intervenção	<input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Pais/Familiares <input type="checkbox"/> Processo <input type="checkbox"/> Docentes <input type="checkbox"/> Outros profissionais <input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Pais/Familiares <input type="checkbox"/> Processo <input type="checkbox"/> Docentes <input type="checkbox"/> Outros profissionais <input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Outros dados _____	<input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Pais/Familiares <input type="checkbox"/> Processo <input type="checkbox"/> Docentes

	<input type="checkbox"/> Outros profissionais <input type="checkbox"/> Outros _____
--	--

2. AVALIAÇÃO

a. Formal – Testes aferidos para o Português Europeu

Teste	Tipo de suporte
<input type="checkbox"/> TALO	<input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Digital
<input type="checkbox"/> GOL-E	<input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Digital
<input type="checkbox"/> PALPA	<input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Digital

b. Formal – Testes não aferidos para o Português Europeu

Teste	Tipo de suporte
<input type="checkbox"/> TROG	<input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Digital
<input type="checkbox"/> BATERIA DE PROVAS FONOLÓGICAS, de Ana Cristina Silva	<input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Digital
<input type="checkbox"/> TOPL-2 - Test of Pragmatic Language-2	<input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Digital
<input type="checkbox"/> The Pragmatics Profile of early communication skills in children	<input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Digital
<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Digital

c. Informal

Tarefas aplicadas	Dados Recolhidos	Tipo de suporte
<input type="checkbox"/> _____	_____	<input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Digital
<input type="checkbox"/> _____	_____	<input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Digital
<input type="checkbox"/> _____	_____	<input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Digital
<input type="checkbox"/> _____	_____	<input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Digital
<input type="checkbox"/> _____	_____	<input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Digital

d. Métodos de avaliação utilizados

- ☐ Só Formal
- ☐ Só Informal
- ☐ Formal e informal

e. Condições da avaliação

- ☐ Aluno e Terapeuta da Fala
- ☐ Presença dos pais/familiares
- ☐ Presença do docente
- ☐ Outro _____

f. Acesso ao registo da avaliação

- ☐ Terapeuta da Fala
- ☐ Pais/familiares
- ☐ Conselho Executivo
- ☐ Docentes
- ☐ Outros técnicos
- ☐ Médico(s)
- ☐ Outro _____

3. PARTILHA DE INFORMAÇÃO

a. Com quem é partilhada informação?

- ☐ Pais/familiares
☐ Médicos
☐ Profissionais de saúde que acompanham o aluno
☐ Docentes
☐ Outro_____

b. Situações e tipo de partilha de informação

<u>Situação de partilha</u>	<u>Tipo de partilha</u>
<input type="checkbox"/> Transferência do aluno	<input type="checkbox"/> Mediante o pedido recebido <input type="checkbox"/> Todo o processo <input type="checkbox"/> Resumo do processo <input type="checkbox"/> Relatório(s) da valência solicitada <input type="checkbox"/> Outro_____
<input type="checkbox"/> Pedido por parte da instituição/técnico	<input type="checkbox"/> Mediante o pedido recebido <input type="checkbox"/> Todo o processo <input type="checkbox"/> Resumo do processo <input type="checkbox"/> Relatório(s) da valência solicitada <input type="checkbox"/> Outro_____
<input type="checkbox"/> Pedido por parte dos pais/familiares	<input type="checkbox"/> Mediante o pedido recebido <input type="checkbox"/> Todo o processo <input type="checkbox"/> Resumo do processo <input type="checkbox"/> Relatório(s) da valência solicitada <input type="checkbox"/> Outro_____
<input type="checkbox"/> Pedido por parte de outros docentes	<input type="checkbox"/> Mediante o pedido recebido <input type="checkbox"/> Todo o processo <input type="checkbox"/> Resumo do processo <input type="checkbox"/> Relatório(s) da valência solicitada <input type="checkbox"/> Outro_____
<input type="checkbox"/> Iniciativa do técnico/equipa multidisciplinar	<input type="checkbox"/> Mediante o pedido recebido <input type="checkbox"/> Todo o processo

	<input type="checkbox"/> Resumo do processo <input type="checkbox"/> Relatório(s) da valência solicitada <input type="checkbox"/> Outro_____
<input type="checkbox"/> Envio no final do ano lectivo para as instituições que o aluno frequenta ou para os técnicos que o acompanham	<input type="checkbox"/> Mediante o pedido recebido <input type="checkbox"/> Todo o processo <input type="checkbox"/> Resumo do processo <input type="checkbox"/> Relatório(s) da valência solicitada <input type="checkbox"/> Outro_____
<input type="checkbox"/> Entrega aos pais/familiares no final dos períodos ou no final do ano lectivo	<input type="checkbox"/> Mediante o pedido recebido <input type="checkbox"/> Todo o processo <input type="checkbox"/> Resumo do processo <input type="checkbox"/> Relatório(s) da valência solicitada <input type="checkbox"/> Outro_____
<input type="checkbox"/> Outro_____	

Observações

--

Anexo II – Questionário de Validação

Para cada grupo de informação:

- O conteúdo adequa-se globalmente à sua prática profissional?
- Existe alguma situação específica em que necessitaria de mais informação? Se sim, especifique qual.
- Existe alguma situação específica em que não necessitaria de mais informação? Se sim, especifique qual.
- A terminologia é a indicada? Alterava algum termo utilizado? Se sim, especifique qual.
- Tem alguma sugestão que acharia útil para melhorar o sistema apresentado.
- Classifique este sistema de informação numa escala de 1 a 5:
 - 1 – nunca utilizaria
 - 2 – raramente utilizaria
 - 3 - utilizaria em algumas situações
 - 4 – utilizaria frequentemente
 - 5 – utilizaria sempre
- Globalmente que avaliação faz deste sistema de informação?